Rok XXIX. Kraków, 9 Sierpnia 1890. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj dolnéj (*arteria epigastrica inf.*) przy paracentezie jamy brzusznéj [1]).

Podał
Dr. Rudolf Trzebicky,
docent chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Paracenteza jamy brzusznéj należy do najdawniejszych zabiegów chirurgicznych, była już bowiem w odległéj starożytności wielokrotnie podejmowaną. Następnie zarzucona z powodu rzekomo nieświetnych wyników, jakie otrzymano, zdobyła sobie z czasem na nowo należne uznanie.

Sposób wykonywania punkcyi był różny. I tak posługiwano się w tym celu naprzemian już to lancetem, już też trójgrańcem lub też używano obu narzędzi razem, zadając lancetem małe cięcie skórne, a następnie z obawy skaleczenia jakiego naczynia krwionośnego lub też jelita, wbijano tępy trójgraniec. Obecnie technika paracentezy, którą uważamy za jeden z najprostszych zabiegów chirurgicznych, jest rzec można wykończoną i jeśli co, to jedynie wybór miejsca wkłucia może być spornym.

Od czasów Monroa jako miejsce najodpowiedniejsze do tego zabiegu, podają prawie wszystkie podręczniki i dzieła chirurgiczne punkt środkowy linii prostéj, poprowadzonéj od pępka do przedniego górnego wyrostka kolczystego kości biodrowéj po stronie lewéj dodając, iż w ten sposób można prawie na pewne uniknąć skaleczenia tętnicy nadbrzusznéj (*art. epigastrica*). Za wyborem strony lewéj brzucha przemawia tylko ta okoliczność, iż odpowiada ona prawéj stronie operującego, który zazwyczaj stojąc przed chorym, może swobodnie używać ręki prawéj (A. G. Richter [2]).

Miejsce to, które, jak wyżéj wspomnieliśmy, ma obecnie najwięcéj zwolenników, nazwiemy dla skrócenia „miejscem wyboru“.

Dwa inne miejsca wkłucia, z których jedno podał Zang, a drugie Lisfranc, nie zyskały w chirurgii prawa obywatelstwa i dlatego w dziełach chirurgicznych bywają albo pomijane, albo też autorowie tylko pobieżnie o nich wspominają. Zang mianowicie wkłuwa trójgraniec w miejscu krzyżowania się dwu linij, z których jedna przechodzi od dolnego brzegu ostatniego żebra fałszywego do grzebienia kości biodrowéj, druga zaś poziomo przez pępek ku tyłowi; Lisfranc zaś radzi poprowadzić linię prostą od wyrostka mieczykowatego mostka do spojenia łonowego, a następnie dwie trzecie części cala poniżéj środka téjże linii przeprowadzić drugą linię prostą do przedniego górnego wyrostka kolczystego kości biodrowéj i w punkcie środkowym téjże wkłuwać trójgraniec. Również i znakomici anatomowie oświadczyli się tak, jak większość chirurgów, za miejscem przez Monroa wybranem. I tak Hyrtl [1]) powiada: *die Wahl dieses Punktes ist anatomisch gerechtfertigt*, a Karol Bardeleben [2]) twierdzi, że linię poprowadzoną od pępka do *spina anterior superior ossis ilei* przecina tętnica nadbrzuszna na granicy pomiędzy jedną częścią téjże wewnętrzną a środkową.

Jednakże nie brak i głosów odzywających się, że paracenteza w miejscu przez Monroa podanem nie jest zupełnie wolną od niebezpieczeństwa, jak również przytaczających na poparcie tego zdania rozliczne przypadki śmierci przez zakrwawienie po punkcyi.

Wprawdzie nie we wszystkich owych niepomyślnie zakończonych przypadkach miejsce wkłucia dokładnie podano, jednakże kilka dokładnie obserwowanych i opisanych przypadków daje dostateczną wskazówkę dla sumiennego operatora, aby rzeczy téj nie lekceważył. Już Richter [3]) wspomina o kilku przypadkach obfitych krwotoków po paracentezie, raz jeden spotkała ta nieprzyjemność Belloca, a Cline stracił chorego skutkiem skaleczenia *art. epigastrica* przy *lege artis* wykonanéj paracentezie. Z tego to powodu Cline tak gorąco zaleca miejsce, jeden cal poniżéj pępka, jako

[1]) Wykład wygłoszony na II. zjeździe chirurgów polskich.
[2]) *Anfangsgründe der Wundarzneykunst*, t. V., str. 139.

[1]) *Handbuch der topographischen Anatomie*, 6-te wydanie t. I., str. 698. — [2]) Eulenburga: *Realencyclopedie*, 2 wydanie, t. 3, str. 407. — [3]) l. c.

najodpowiedniejsze, a popierają go w tym względzie Cooper [1]) i Chelius [2]).

Dieffenbach [3]) również twierdzi, że z miejsca wybranego przez Monroa łatwo *art. epigastrica* skaleczyć można, a podobne zdanie wypowiada i Heineke [4]), który obawia się, że skaleczenie to może łatwo nastąpić przy istniejącym rozstępie mięśni prostych brzucha.

W przeciągu méj 8-letniéj praktyki chirurgicznéj wykonałem w różnych miejscach około 100 razy punkcyję jamy brzusznéj, jednakże rzadko tylko trzymałem się miejsca przez Monroa podanego. Przed kilku miesiącami jednak, gdym właśnie ściśle według przepisu postąpił, szczerze mego czynu pożałowałem. W krótkości pozwolę sobie przytoczyć mój przypadek.

U kobiety około lat 40 liczącéj, licho odżywionéj, wielorodki, u któréj punkcyję jamy brzusznéj już kilkakrotnie z powodu puchliny brzucha, wywołaną przez guz jajnikowy nie nadający się do operacyi wykonywałem, przystąpiłem z powodu znacznego stopnia duszności ponownie do operacyi. Wbiłem trójgraniec Billrotha w środku linii łączącéj pępek ze *spina ant. syp. ossis ilei* i wypuściłem około 10 litrów płynu surowiczego, nieco różowo-zabarwionego.

Podczas całéj téj około 3 kwadranse trwającéj operacyi, miała się chora zupełnie dobrze, a tętno nie okazywało żadnéj zmiany. Gdym jednak rurkę wyciągnął, w téj chwili zmienił się obraz. Chora zbladła, zaczęła się skarżyć na duszność i ćmienie przed oczyma, tętno stało się ledwie wyczuwalne, późniéj zaś wcale wyczuć się nie dało, a z miejsca punkcyi wytryskała strumieniem jasno-czerwona krew. Każdy przyzna, iż było to położenie wcale nie do pozazdroszczenia dla lekarza, który bez żadnéj pomocy i bez narzędzi widzi, jak niedawno jeszcze względnie dobrze się mającéj choréj wskutek zabiegu zwykle wcale nie niebezpiecznego grozi niechybna śmierć z zakrwawienia! Natychmiast zaimprowizowałem mocną opaskę brzuszną, gdy jednak ta po chwili zaczęła przemakać, a obrzękłe surowiczo powłoki brzuszne nie pozwalały na uniesienie powłok i ujęcie ich w fałd tak, aby tętnicę należycie ucisnąć, usunąłem opatrunek i wcisnąłem obie moje ręce złożone w pięść głęboko w zatokę biodrową lewą aż ku miednicy małéj, aby ucisnąć tętnicę biodrową. Zarazem posłałem do mieszkającego najbliżéj kolegi z prośbą, aby zechciał mi na pomoc pospieszyć zaopatrzony w strzykawkę Pravatza i eter z kamforą. Ucisk wywarty okazał się zupełnie wystarczającym: z rany krew się nie pokazywała, tętno stało się znów wyczuwalnem, a po podaniu środków skrzepiających poprawił się również i stan ogólny tak dalece, że po prawie 3-godzinnem bezustannem uciskaniu, mogłem pomyśleć o zastąpieniu mych omdlewających rąk odpowiednim opatrunkiem. Wciśnięto zatem duży twardy zwitek waty w zatokę biodrową lewą i przymocowano go silnie za pomocą kilku opasek. Przekonawszy się, że opatrunek spełnia swoje zadanie, a chora ma się zupełnie dobrze, mogłem dopiero oddalić się uspokojony. Po 4 dniach zwolniono opatrunek, a po dalszych 4 dniach usunięto go zupełnie.

Cały przebieg przypadku, a mianowicie bardzo silne krwawienie po wyciągnięciu kaniuli, przemawiało za skaleczeniem tętnicy nadbrzusznéj. Tem samem nasuwało się pytanie, czy mieliśmy tu do czynienia z nieprawidłowym przebiegiem tętnicy, czy też wybór miejsca punkcyi, która przecież była *lege artis* wykonaną, był nieodpowiednim.

Ponieważ zdawało mi się, że najpewniéj będzie można rozwiązać to pytanie na drodze badania anatomicznego, przeto udałem się do wielmożnego pana prof. dra Teichmanna, który nadzwyczaj uprzejmie udzielił mi do dyspozycyi cały materyjał zakładu anatomicznego. Dlatego to poczuwam się do nader miłego obowiązku złożenia Mu na tem miejscu serdecznego podziękowania za szczególniejszą troskliwość, z jaką mię przy pracy niniejszéj tak radą jakoteż i czynem wspomagał.

Badania moje uskuteczniałem na rozmaitych zwłokach, u których tętnice nastrzykane były masą kitową prof. Teichmanna, a które przeznaczone były do ćwiczeń anatomicznych dla uczniów. Każdym razem oznaczałem dokładnie miejsce wkłucia według Monro-Richtera i w miejscu tem prowadziłem cięcie poziome przez powłoki brzuszne aż do otrzewny i w cięciu tem wyszukiwałem tętnicę nadbrzuszną. Po oznaczeniu położenia téjże tętnicy, jakoteż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha względem miejsca punkcyi, odpreparowywałem następnie tętnicę w całym przebiegu. Bez najmniejszego wyboru w tym porządku, w jakim do zakładu anatomicznego przybywały, badałem w ten sposób 36 zwłok. Dla łatwiejszego przeglądu, podzielimy cały materyjał na 2 grupy: do jednéj zaliczymy zwłoki o powłokach brzusznych płaskich lub nawet zapadłych, do drugiéj zaś o powłokach wysklepionych.

Przejdziemy teraz te dwie grupy, uwzględniając poszczególne przypadki.

I. Grupa: zwłoki o powłokach brzusznych, płaskich lub zapadłych.

1) Wynędzniałe zwłoki 18-letniego chłopca zmarłego na dur brzuszny. Wynik sekcyi anatomo-patologicznéj: *Oedema pulmonum acutum, degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis ac renum, tumor lienis acutus, infiltratio agminum Peyeri, hypertrophia glandularum retroperitonealium acuta.* Brzuch nieco zapadły, obwód na wysokości pępka wynosi 59 cm., odległość pomiędzy pępkiem, a spojeniem łonowem 14 cm., pomiędzy pępkiem a *spina ant. sup. ossis ilei* 12. Po stronie lewéj przebiega *art. epigastrica* 3 cm. na zewnątrz linii białéj i przecina linię poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup. ossis ilei* w odległości 5 cm. od pępka (to jest 1 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru). Po prawéj stronie badanie dało ten sam wynik, tylko że tętnica leżała nieco więcéj na zewnątrz. Tętnice te po obu stronach w odległości 9 cm. ponad spojeniem łonowem oddają silne ku wewnątrz przebiegające gałązki mięśniowe. Obok tętnicy przebiegała jedna żyła.

2) Zwłoki 70-letniéj kobiety zmarłéj z powodu *gastroenteritis acuta.* Brzuch płaski, powłoki brzuszne bardzo wiotkie, rozstęp mięśni prostych brzucha (odległość obu wewnętrznych brzegów od siebie w środku pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem wynosiła 4 cm.). Obwód brzucha 78 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 14 cm., od *spina ant. sup.* 15 cm. Po stronie lewéj przebiega *art. epigastrica* w odległości 15 cm. od linii białéj i przecina linię poprowadzoną od pępka do *do spina ant. sup.* $1^1/_2$ cm. powyżéj miejsca przez Monroa wybranego. W odległości 6 cm. powyżéj spojenia łonowego odchodzi gałązka mięśniowa ku wewnątrz. Po stronie prawéj napotykamy w miejscu odpowiadającem wybranemu grubą gałązkę mięśniową ku zewnątrz przebiegającą, sama zaś *epigastrica* leży $^1/_2$—$^3/_4$ cm. na wewnątrz. Na 10 cm. powyżéj spojenia łonowego odchodzi ku wewnątrz gałązka mięśniowa. Po obu stronach tętnice są w wysokim stopniu przesuwalne.

3) Zwłoki 36-letniéj wyrobnicy, zmarłéj z powodu raka macicy. Brzuch płaski, powłoki brzuszne napięte, obwód wynosi 61 cm., odległość pępka od spojenia łonowego 15 cm., od *spina ant. sup. ossis ilei* 16 cm. W przypadku tym obraz po obu stronach był jednaki, a mianowicie w miejscu wybranem napotkano sporą, ku zewnątrz przebiegającą gałązkę tętniczą, *epigastrica* zaś leżała 2 cm. na wewnątrz. Tętnica odchodziła po prawéj 13 cm. po lewéj stronie 11 cm. poniżéj rozwidlenia się aorty.

4) Wychudłe zwłoki 29-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu zapalenia nerek. Brzuch wklęsły, powłoki brzuszne napięte. Obwód 66 cm., odległość pępka od spojenia łonowego $13^1/_2$ cm. od *spina ant. sup.* Po prawéj stronie leży

[1]) *Vorlesungen über die Grundsätze und Ausübung der Chirurgie,* tom II., str. 313. — [2]) *Handbuch der Chirurgie,* t. II., str. 174. — [3]) *Die operative Chirurgie,* t. II., str. 426.
[4]) Pitha et Billroth: *Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie.*

tętnica 2 cm. na zewnątrz linii środkowej, a 4 cm. na wewnątrz od miejsca wyboru, linię zaś poprowadzoną od pępka do *spina ant. sup* przecina tętnica 2³/₄ cm. poniżej pępka. Lewa tętnica przebiegała 3½ cm. od linii białej, a 2½ cm. od punktu przez Monroa wybranego i krzyżowała się z linią od pępka do *spina ant. sup.* poprowadzoną w odległości 4½ cm. od pępka. Obie tętnice odchodzą od *art. iliaca externa* w odległości 12½ cm. poniżej rozwidlenia aorty.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Ostateczne wyniki po podwiązaniu tętnic tarczykowych z powodu wola.

Podał

Prof. L. Rydygier.

(Dok. Patrz Nr. 31).

Na końcu dodam krótkie historyje chorób moich przypadków [1]):

Przypadek I. Bazyli K. l. 20, zdrów. Z rodzeństwa czworo ma wole. Wól powstał przed 7 laty i rósł ciągle aż dotąd, sprawia choremu duszność i chrypkę. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Dnia 11/11 1887 podwiązanie obu tętnic tarczykowych po stronie prawéj, ranę zaszyto bez sączków, opatrunek antyseptyczny. 23/11. Rany zgojone, 25/11 chory wychodzi do domu. Chory przedstawił się 20/6 1888; nie ma dolegliwości, tylko lekka chrypka pozostała. Obwód szyi na dole o 3 cm. mniejszy, u góry o 1 cm większy jak przed operacyją, na prawem oku *myosis.*

Przypadek II. Piotr R. lat 19, w okolicy jego wól częsty; wól zauważył dopiero przed rokiem, a dolegliwości (trudność w oddychaniu i chrypkę) sprawia mu od 2 miesięcy. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 19/11 1887 r. podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych (dolne jak zawsze sposobem Drobnika). Rany zgoiły się przez rychłozrost, 27/11 chory opuścił klinikę. 8/7 1888 chory pracuje jako ślusarz bez dolegliwości; obwód szyi zmniejszył się o 3½ cm. 1890 roku dowiadujemy się, że pacyjent jest zupełnie zdrów i służy w wojsku.

Przypadek III. Jan S. lat 47, pochodzi z okolicy zdrowéj, wól od lat 15, dolegliwości sprawia od 4. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 27/3 1888 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zagoiły się przez rychłozrost. Przy późniejszem badaniu znaleziono w prawym płacie torbiel, który wyłuszczono 19/4 1888. 11/7 1888. Pacyjentka ma się dobrze, obwód szyi zmniejszył się o 9 cm. Z początkiem roku 1890 dowiadujemy się, że obwód szyi już się nie zmniejszył.

Przypadek IV. Jan S. l. 11, pochodzi z okolicy zdrowéj, zauważył wól przed rokiem, obecnie sprawia mu trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 5 maja 1888 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zgoiły się przez rychłozrost. 12/7 1888 obwód szyi zmniejszył się o 2 cm.

Przypadek V. W. K. l. 26. Wól trwa już od wielu lat i przeszkadza mu przy pracy. Rozpoznanie: bardzo unaczyniona *struma parenchymatosa.* 17/5 1888 r. podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zagoiły się przez rychłozrost. 6/6 chory opuszcza klinikę. 11/7 donosi chory, że nie ma żadnych dolegliwości, obwód szyi zmniejszył się o 5 cm.

Przypadek VI. Reg. L. l. 16, zauważyła wól przed 4 laty; od 2 lat rośnie prędzéj, a od roku sprawia jéj trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Operacyja 19/3 1888. Po podwiązaniu obu tętnic tarczykowych po stronie lewéj i górnéj prawéj, odszukano z łatwością tętnicę tarczykową dolną prawą i założono na nią podwiązki igłą Déchampa. Po zawiązaniu górnéj podwiązki chciałem dolną trochę ściągnąć, żeby zyskać miejsce do przecięcia. W téj chwili tętnica się przerwała. Krwotok powstały zatamowałem uciskiem za pomocą palca, następnie założyłem pod ten palec 2 zasówki i krwotok ustał. Ranę wytamponowano i założono opatrunek 21/3 zdjęto opatrunek i zasówki, krwotok jednak się powtórzył i trzeba było teraz 3 zasówki założyć. Obecnie zdjęto zasówki dopiero 27/3 i krwotok już się nie powtórzył. 11/5 opuszcza chora klinikę. Podczas gdy zasówki były w ranie, skarżyła się chora na bóle i bezwładność ręki, bóle jednak po zdjęciu ustąpiły, pewna bezwładność pozostała. 13/7. Wól się znacznie zmniejszył (o 6 cm.), w ręce czuje jeszcze osłabienie, lecz mniejsze. Na prawem oku *myosis* i głębsze nieco położenie gałki ocznéj. Przyczyną tych objawów było pewnie uciśnięcie gałązek nerwu współczulnego przy zakładaniu zasówek. W marcu 1890 dowiadujemy się listownie, że obwód szyi jeszcze się zmniejszył, dolegliwości chora żadnych nie ma.

Przypadek VII. Anna S. 28 lat, w jéj familii ani okolicy wola nie ma. Wól trwa od 4 lat, wywoływa chrypkę i trudności w oddychaniu, a w ostatnim czasie i przy połykaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 3/5 1888 podwiązano wszystkie 4 tętnice tarczykowe, rany zagoiły się przez rychłozrost. 8/7 dowiadujemy się, że się obwód szyi o 5 cm. zmniejszył.

Przypadek VIII. A. R. l. 23. Twierdzi, że od czasu gdy jéj się wól pojawił, cierpi i na bicie serca. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 4/5 1888 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Zagojenie przez rychłozrost, 7/6 chora opuszcza klinikę. 12/10. Chora dolegliwości ma znacznie mniejsze, obwód szyi zmniejszył się o 4½ cm.

Przypadek IX. B. S. 26 lat, jéj matka ma także wól, u choréj jest wól już od dzieciństwa, który w ostatnim czasie się powiększył i sprawia jéj trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 5/5 1888 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zgojone przez rychłozrost. W lipcu nie ma chora żadnych dolegliwości, obwód szyi zmniejszył się o 4 cm.

Przypadek X. M. S. lat 34, w okolicy wól się pojawia, u choréj jest już od kilku lat. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 6/5 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rana zgojona przez rychłozrost pomimo, iż chora przebyła podczas leczenia zapalenie płuc krupowe. 12/10 dowiadujemy się, że chora żadnych dolegliwości nie ma.

Przypadek XI. Bl. S. l. 17, w rodzinie i okolicy wól częsty. U chorego wól od 6 lat, sprawia mu teraz trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* 18/10 1888 r. podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. Rany zgoiły się przez rychłozrost. 5/11 Obwód szyi zmniejszył się o 2 cm., dolegliwości ustały.

Przypadek XII. J. S., 25 lat, w familii i okolicy wól częsty. U chorego wól od 12 lat, sprawia trudności przy oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi 44 cm. 2/11 1888 podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych. 13/11 pierwsza zmiana opatrunku, rana zagojona przez rychłozrost. Obwód szyi zmniejszył się o 5 cm.

Przypadek XIII. W. M. l. 18, w familii i okolicy wól częsty. U chorego jest już od 5 roku życia, powoli ciągle się powiększał, sprawia obecnie trudności przy oddychaniu, szczególnie przy pracy. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi 43½ cm. 26/11 1888. Podwiązanie wszystkich 4 tętnic tarczykowych, wszystkie rany odrazu zaszyto prócz jednéj, z któréj był znaczniejszy krwotok żylny; tę wytamponowano i dopiero po dwóch dniach po wyjęciu z niéj gazy zaszyto. Wszystkie rany zagoiły się przez rychłozrost. 16/12 obwód szyi 37½ cm., dolegliwości zupełnie ustąpiły. W marcu 1890 dowiadujemy się, że stan chorego zupełnie dobry.

Przypadek XIV. W. P. lat 17. W familii choréj nie ma wola, w okolicy częsty. U choréj wól od 4 miesięcy, sprawia kaszel i trudności przy oddychaniu. Obwód szyi ponad *jugulum* 36, w wysokości chrząstki tarczykowéj 32½ centmr. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Operacyja 30/11 1888. Po podwiązaniu lewéj tętnicy tarczykowéj nastąpiła *asphyxia* (oddychanie było od początku ogromnie utrudnione). Ponieważ rurki tchawiczne były za krótkie, żeby przejść przez miejsce zwężone użyto na prędce zrobionéj rurki z elastycznéj sondy żołądkowéj. 5/12 podwią-

---

[1]) Pierwszych 12 przypadków opisałem w *Wien. med. W.* 1888, Nr. 49 i 50, drugich siedm opisał Dr. Rościszewski w *Nowinach Lek.*, ostatnie dwa przypadki już potem były operowane.

zano pozostałe 3 tętnice, chora ma się zupełnie dobrze. W dalszym przebiegu gorączkowała znacznie z powodu zapalenia płuc, które się przyłączyło. Rany górne zagoiły się przez rychłozrost, dolne się rozszerzyły i goiły per secundam. 22/12 usunięto rurkę z tchawicy i chora dobrze oddechała bez niéj; gorączka jednak ciągle trwała, aż chora 18/1 umarła. Sekcyja wykazała: *pneumonia crouposa et pleuritis purulenta.*

P r z y p a d e k XV. M. D. lat 18, w okolicy wól częsty. Wól od roku, sprawia trudności przy oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi w środku 35½ cm. W tym przypadku, jako też w wszystkich następnych podwiązywałem tętnice tarczykowe dolne moim sposobem. Operacyję wykonano 12/3. obwód szyi 32 ctm., dolegliwości ustąpiły. 16/4 zauważono po stronie prawéj pod *stcl-mast.* torbiel wielkości orzecha włoskiego. Nakłuto go strzykawką Pravatza i wydobyto 2½ gr. brunatnego płynu. 15/10 1889. Torbiel się nie napełnił, obwód szyi w środku 31 cm.

P r z y p a d e k XVI. H. S. lat 18. W rodzinie i okolicy wola nie ma. Chora zauważyła guz przed 1½ rokiem. Dolegliwości jéj nie sprawia, żąda operacyi ze względów kosmetycznych. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi w środku 53½ cm. 21/1 1889 podwiązano wszystkie tętnice tarczykowe moim sposobem. Rany zagoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem. 20/2 89 obwód szyi w środku 47 cm. Dolegliwości ustały. 20/3 1889 obwód 44 cm., 29/4 4 cm., 28/10 89 42 cm. Następnie obwód szyi się już nie zmniejszał tak, że na żądanie choréj wykonano d. 9/12 1889 resekcyję obu płatów gruczołu.

P r z y p a d e k XVII. A. B. lat 20. W rodzinie choréj wola nie ma, w okolicy się pojawia. Zauważyła pierwszy raz wól przed 4 laty. Obecnie sprawia jéj trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi 33½ cm. 2/3 89 p o d w i ą z a n o w s z y s t k i e 4 t ę t n i c e t a r c z y k o w e. Rany zgoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem, dolegliwości ustały. 4/4 1889 obwód szyi 32½ cm. Po stronie prawéj torbiel wielkości orzecha włoskiego. Strzykawką Pravatza wydobyto z niego 9 grm. cieczy brunatnéj. Wymiar szyi bezpośrednio po punkcyi wynosi 32 cm.

P r z y p a d e k XVIII. M. K. lat 23. W rodzinie ani okolicy wola nie ma. U choréj wól pojawił się przed 8 laty, rósł ciągle, obecnie sprawia dolegliwości przy oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi w środku 48 cm. 8/4 1889 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zagoiły się pod pierwszym opatrunkiem. 18/5 89 obwód szyi 43 cm. Dolegliwości ustąpiły.

P r z y p a d e k XIX. W. B. lat 16. W rodzinie wola nie ma, w okolicy częsty. Wól zauważył przed 4 laty, sprawia mu obecnie duszność. Rozpoznanie: *struma vasculosa.* Obwód szyi 36 cm. 5/6 89 podwiązano w s z y s t k i e 4 t ę t n i c e t a r c z y k o w e. Rany zagoiły się pod pierwszym opatrunkiem przez rychłozrost. 28/6 89 obwód szyi 33½ cm.

P r z y p a d e k XX. A. U. lat 20. W rodzinie i okolicy wola nie ma, wól od 5 lat, sprawia trudności w oddychaniu. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi 50 cm. 18/10 89 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zagoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem. 10/11 89 obwód szyi 47 cm.

P r z y p a d e k XXI. M. K. lat 16. W rodzinie i okolicy wola nie ma. Wól od 4 lat, sprawia obecnie trudności w oddychaniu i chrypkę. Rozpoznanie: *struma parenchymatosa.* Obwód szyi 43 cm. 28/11 1889 podwiązanie w s z y s t k i c h 4 t ę t n i c t a r c z y k o w y c h. Rany zagoiły się przez rychłozrost pod pierwszym opatrunkiem. 12/12 1889 obwód szyi 42½ cm.

III. Z kazuistyki chorób moczopłciowych.

Podał

Dr. M. Misiewicz w Łodzi.

(Dok. Patrz Nr. 31).

Ponieważ gruzełki znajdujemy bardzo często na żyle nerkowéj, przypuścić więc możemy, że zrazek gruźlicy przeniósł się tutaj z krwią żylną. Gruzełek ten powoli wypełnia ścianę, wdraża do światła żyły, a oderwane cząstki jego krew roznosi po ustroju. Tym sposobem masy serowate n. p. z gruczołu krokowego dostają się do *v. cava*, za pośrednictwem żył pęcherzowych lub *v. haemorrhoid. med.*, na któréj często rozwijają się gruzełki samodzielne, z pominięciem tak nerki jak i nadnercza. Z drobnych żyłek, otaczających jądro, przez żyłę nasienną dostaje się zarazek najczęściéj do moczowodu, lub do miedniczek, gdyż wiemy, że ta ostatnia żyła dochodzi do dolnego brzegu nerki w odległości mniéj więcéj 3 do 4 ctm od rozdwojenia aorty i leży stale między łukiem moczowodu i tętnicą nasienną. Łatwo więc jest wytłumaczyć przeniesienie się produktów gruźliczych z jąder i gruczołu krokowego na *v. cava* względnie na nerki, lecz w przypadkach pierwotnéj gruźlicy tego ostatniego narządu trudniéj jest odnaleść punkt wyjścia. Cohn i Zenker opisują dwa przypadki *Pericarditis tuberculosa* bez gruźlicy płuc, trzew, gruczołów etc. Przy dokładnem poszukiwaniu znalazł się jeden zserowaciały gruczoł tchawico-oskrzelowy z prawéj strony, między *v. cava sup.* i aortą; dowiedzionem zostało, iż w tym przypadku gruźlica przeszła *per continuitatem*, z gruczołów przewodu chłonnego. W innych przypadkach (*Orth. Pat. Anat.*) znajdywano na opłucnéj w miejscu, gdzie nie była zrośnięta z płucami, małe ognisko gruzełkowe, powstałe na drodze wciągania (*Aspirations-tuberkel*, V i r c h o w); lub wreszcie jedynym objawem bywały podległe zwapnieniu gruczoły oskrzelowe. Sądzę więc, iż i w samodzielnéj gruźlicy nerek lub jąder znaleść można również pierwotne ognisko, z którego sprawa rozszerzyła się na te narządy. Virchow demonstrował w r. 1883 preparat gruźliczego osobnika, godny uwagi z tego powodu, iż lewa nerka była podwójną i zaopatrzoną w dwa moczowody, które zlewały się ze sobą dopiero przy wejściu do pęcherza; górna nerka w stanie zupełnego przeistoczenia serowatego, a jéj moczowód zapełniony wykwitami gruźliczemi w stanie rozpadu; dolna zaś wraz z moczowodem nie podległa żadnym zmianom. Gruźlica zajęła prócz tego pęcherz moczowy, a pominęła zupełnie gruczoł krokowy, przyjądrze, pęcherzyki nasienne etc. W prawéj nerce tegoż osobnika znalazł *pyelo nephritis tuberculosa.* Przykład ten wyjaśnia nam, iż gruźlica nerki powstać może nietylko jako przerzutowa postać, wstępująca z jądra cewki lub gruczołu krokowego, lecz i na drodze zstępującéj z narządów sąsiednich, a do takich zaliczyć należy przedewszystkiem trzewa, otrzewną i gruczoły zaotrzewniowe i to prawdopodobnie na drodze żylnéj, gdyż prawie zawsze udaje się wykazać nacieki gruźlicze w żyle nerkowéj i *vena cava*, w pewnéj odległości od nerki, jako ogniska pierwotne, niezależne od gruźlicy tego narządu i raczéj z żyły na niego przeniesione, gdyż znaczny odcinek téjże żyły do nerki przylegający, pozostał nietkniętym. J a n i (*Virch. Arch.*, 1886) opisał przypadek prosówkowatéj gruźlicy mózgowia i wsierdzia, u 36-letniéj kobiety z zejściem śmiertelnem wskutek *pyaemia miliaris*, a przy autopsyi znalazł nacieki gruźlicze wielkości główki szpilki, w osierdziu i na *pia mater;* prócz tego na miedniczce prawéj nerki stwierdził gruźlicę w postaci mas serowatych i pojedynczych gruzełków, nietylko w istocie rdzennéj ale i korowéj. W *v. cava ascendens* znaleziono też ropień gruźliczy, a od niego rozszerzał się przez całą długość nietylko wspomnianéj żyły, ale i żyły nerkowéj blady, cienki, podłużgowaty zakrzep, umocowany na ścianie żylnéj, podległéj przeistoczeniu serowatemu, badanie zaś drobnowidowe wykazało w nim liczne prątki gruźlicze. Tak więc jeśli dla płuc gruźlica posiada drogę z jamy ustnéj (Cohnheim) i gar-

dzieli przez gruczoły chłonne szyi i tchawico-oskrzelowe lub z choan przez krtań i takież gruczoły przechodzi na opłucną, osierdzie etc., to dla gruźlicy narządu moczopłciowego przyjąć należy dwie drogi. Pierwszą jest bezpośrednie wprowadzenie zarazka do cewki, względnie do przyjądrza, jądra lub gruczołu krokowego, a nawet do moczowodów i nerki z zajęciem po drodze pęcherza i miedniczek, lub z pominięciem tego lub owego z wyliczonych narządów, drugą zaś jest pośrednie zarażenie nerki wskutek przerzutu masy gruźliczéj albo na drodze wstępującéj t. j. z jąder, gruczołu krokowego i adnexów tylnéj cewki albo na drodze zstępującéj, jak to wykazał Virchow w przypadku podwójnéj nerki, a w obydwóch przypadkach znajdziemy większe lub mniejsze zajęcie układu żylnego tychże narządów, lub *v. cava*, a nawet bezpośrednie zajęcie tylko téj ostatniéj żyły (Weigert) na drodze przerzutowéj. Źródłem zarazy są trzewa, gruczoły zaotrzewnowe u mężczyzn, a przewody Falopa i jajniki u kobiet. Rozumie się, iż wyniki moich poszukiwań nie wykluczają innych dróg, któremi gruźlica w ustroju ludzkim uogólnić się może, n. p. naczyń chłonnych i tętniczych i jeśli wskazałem tu na sposób rozszerzania się gruźlicy, uczyniłem to jedynie w celu zachęcenia innych do poszukiwań, mogących wyjaśnić sposób uogólniania się téj groźnéj choroby w ustroju.

Rokowanie w gruźlicy jest zawsze niepomyślnem i zależy z jednéj strony od natężenia sprawy, z drugiéj zaś od odporności, ogólnego odżywienia wzgl. od stanu dróg trzewiowych. Pomyślniejszem jest w przypadkach gruźlicy, któréj produkty długo pozostają w stanie spokoju (*Stillstand* Ziemssena) otorbiają się lub też dają nadzieję zwapnienia. Prócz tego przy rokowaniu należy mieć na uwadze możliwość zmiany warunków bytu, w których choroba nabytą została. I tak, jeżeli chory może udać się do stacyi górskiéj, przeprowadzić łagodne leczenie wodoleczniczą i mleczne, usunąć się od warunków moralnych, przygnębiająco działających lub też jeżeli jest w stanie odbyć podróż morską, to nieraz ku zdziwieniu naszemu powraca w stanie względnie bardzo pomyślnym. Przeciwnie u chorych biednych, spędzających większą część dnia w piwnicach, pracujących w podziemiach w kurzu i pyle, u robotników fabrycznych, pracujących przy ogniu i dymie, u pijaków, więźniów i prowadzących życie siedzące, gruzełki daleko prędzéj podlegają zserowaceniu, rozpadowi i rozprzestrzenieniu się w ustroju. Trudno jest rokować co do długości trwania gruźlicy; w niepomyślnych warunkach trwa ona rzadko dłużéj nad rok, czasami zejście śmiertelne następuje już po kilku miesiącach, w przypadkach szczęśliwszych po dwóch, najdaléj trzech latach. Przepowiednia zależy wreszcie od wczesnego rozpoznania, które nieraz przedstawia wielkie trudności; a tam, gdzie rozpoznanie jest łatwem, przebieg gruźlicy zależy od wczesnego usunięcia ognisk serowatych, a zatem od wyłuszczenia gruźliczego jądra, od grubości tkanki otaczającéj te ogniska, wzgl. utrudniającéj rozpad i rozrzucenie zarazka po ustroju. Jeśli otorbienie lub zwapnienie jest niemożliwem, sprawa zależeć będzie od prędkiégo i dokładnego wydalenia produktów gruźliczych.

Leczenie rzadko jest skutecznem. Do najważniejszych czynników zaliczyć należy górskie lub morskie powietrze, w całem znaczeniu tego wyrazu (Madeira, Malaga, Abbazzia, Nizza, Rigi, Zakopane). W drugim rzędzie stoi wodolecznictwo t. j. kąpiele siedzeniowe i połowicze (w *Prostatitis* i *Orchitis*), sonda ochładzająca Benedicta (w *Urethritis tuberc.*) obok leczenia mlekiem, kumysem i wzmożonem odżywianiem (*Mastcur*); w gruźlicy nerek dobrze też skutkują kąpiele solankowe; przy silnych bólach zmuszeni jesteśmy zastosować pewne narcotica (*Chloral*, *Codein*), przytem unikać należy soli morfinowych, które trudno się wydalają przez chore nerki. Biednym chorym, prócz możliwie dobrego żywienia zalecamy tran, w różnych postaciach, najlepiéj w emulsyi, przygotowanéj w domu (trzy łyżki *Olei jecoris benzoici*, na 12 łyżek wody, z dodaniem łyżki olejku migdałów słodkich i szczypty cukru), przy dobrym stanie przewodu trzewiowego dodać można żelazo (*Leras*), w przeciwnym zaś razie probujemy kalomel (*Calomel* 0·72, *Pepsini* 3·75), przy bólach dodajemy do powyższéj dozy 0·1 wyciągu belladonny, a przy krwotokach *Ergotini bis depurati* 0·09; wreszcie *extracti Phellandrii q. s.* na 60 pigułek; z tego chory używa pierwszego dnia 6, drugiego 5, trzeciego 4, czwartego 3 razy po 1—2 pig. kreosot, myrthol dają wynik ujemny. W postaciach gruźlicy, skombinowanych z zimnicą lub przez tę ostatnią poprzedzonych stosujemy chininę, wodę Roncegno, Levico etc.

Miejscowe leczenie gruźlicy cewki jest takie samo prawie jak leczenie chronicznéj rzeżączki [1]), tylko częściéj uciekamy się do chłodnika cewkowego (*psychrophor*) lub stolcowego i do zastrzykiwań (*Sol. Fovleri* 4·0; *olei Rusci puriss. gtts. 2 Aq. destill.* 50·0), a to za pomocą injektora Ultzmanna.

W gruźlicy jąder staramy się przedewszystkiem o spokój chorego narządu, nakładamy opaskę Fricka lub Langleberta, na którą często stosować należy okłady lodowe. Zalecone przez Billrotha zastrzykiwania preparatów arsenowych w istotę jądra stosować należy bardzo ostrożnie z powodu możliwości zropienia całego miąższu. Wreszcie, gdy te środki odbiorą nam wszelką nadzieję uratowania chorego i gdy sprawa grozi przejściem na drugie jądro lub okazuje skłonność do rozprzestrzenienia się w ustroju, wywołując groźne wahania się ciepłoty, wtedy przystąpić należy do niezwłocznego wyłuszczenia albo pojedynczych ognisk albo też najlepiéj całego jądra.

Pracę moją zakończyć mogę następującemi wnioskami:

1) Obecność, wielkość i charakter guzów cewki wogóle, a polipów w szczególe, stwierdzić możemy jedynie za pomocą wziernika.

2) Przy wysuwaniu wziernika w kierunku osi cewki, w razie obecności polipa zmienia się nagle obraz i guz wpada w *tubus*, inne zaś objawy t. j. krwawienie, ropienie etc. są niedostatecznemi do rozpoznawania.

3) Przy nastawieniu wziernika przed guzem rozpoznać można takowy tylko w razie, gdy on jest większych rozmiarów.

4) Polipy bez odnogi wydalać należy kleszczami, opatrzone szyjką nożycami, polipy zaś większych rozmiarów najlepiéj za pomocą pętli.

Co do gruźlicy:

1) Chroniczne uporczywe wycieki z cewki, w których nie uda się wykazać obecności gonokoków, często przechodzą w gruźlicę cewki, a to u osobników charłaczych, więźniów i robotników fabrycznych, przy niesprzyjających zdrowiu warunkach moralnych i fizycznych.

2) Jest podejrzenie, w niektórych przypadkach faktycznie stwierdzone, iż możliwem jest przeniesienie zarazka

[1]) Rozpoznanie i leczenie zapaleń cewki i pęcherza, M. Misiewicz, *Medycyna*, tom XI. z r. 1883.

gruźlicy z narządów płciowych kobiety na błonę śluzową tylnéj cewki u mężczyzny. Nadto szczepienie czystéj hodowli i mas gruźliczych na téjże błonie śluzowéj dały wynik dodatni.

3) Powstawanie gruźlicy cewki jest bardzo powolnem w postaci drobno-guzkowatego wysięku w głębokich jéj warstwach, pozbawionego wyraźnéj budowy tkankowatéj, wywołującego czasem ropienie i krwawienie, często silne zwężenie, a czasami i bez tych objawów.

4) Gruźlica gruczołu krokowego jest bardzo ważnym objawem w znaczeniu rozpoznawczem dla gruźlicy narządu moczopłciowego i nadaje temuż gruczołowi wejrzenie guza nierównego, kanciastego, bolesnego i zlekka chełbocącego, przyczem nacieczenie gruźlicze ma miejsce przeważnie na górnéj powierzchni zrazów jego bocznych i na płacie średnim.

5) Gruźlica pęcherzyków nasiennych należy do rzadkości.

6) Gruźlica nerki zaczyna się na wnęce i moczowodach, potem przechodzi na miedniczki i piramidy Bertiniego, wreszcie na istotę korową i sprowadza często silne bóle, wskutek zatkania moczowodów rozpadłemi produktami gruźliczemi.

7) Gruźlica nadnercza powstaje często obok nacieków i ropni stawowych z następczem przeistoczeniem takowych w masy serowate.

8) Jak dla płuc istnieje droga z jamy ustnéj i gardzieli przez gruczoły chłonne szyi i tchawico-oskrzelowe lub z choan przez krtań (Cohnheim), tak do narządów moczopłciowych zarazek gruźliczy dostać się może dwiema drogami: albo z zewnątrz przez cewkę do przyjądrza, jądra, gruczołu krokowego resp. do moczowodów i nerki, albo też ma miejsce pośrednie zarażenie nerki przerzutowe na drodze wstępującéj z niższych odcinków narządu moczopłciowego, albo na drodze zstępującéj, jak to wykazał Virchow w przypadku podwójnéj nerki. W tym ostatnim razie źródłem są trzewa, gruczoły zaotrzewnowe etc. u mężczyzny, a tuby Falopa i jajniki u kobiety. W każdym z tych przypadków znajdziemy większe lub mniejsze zajęcie gruźlicą systemu żylnego lub *v. cava*, a nawet bezpośrednie zajęcie tylko téj ostatniéj żyły (Weigert).

9) Za pierwotną postać gruźlicy jądra uważać należy gruźlicę *venae spermaticae;* za takąż postać gruźlicy gruczołu krokowego zajęcie tą sprawą *venae vesicalis mediae et inferioris* a nawet *venae pudendae communis;* wreszcie gruźlicę nerki bardzo często poprzedza takież cierpienie *venae renalis.*

10) Gruźlica zajmuje u kobiet najczęściéj narządy płciowe, w następującym porządku: 1) tuby Falopa, 2) jajniki, 3) macica, szczególniéj jéj odcinek pochwowy; ztamtąd dopiero sprawa przechodzi na narządy moczowe, a nigdy odwrotnie.

IV. Broń palna Manlicherowska a przyszła wojna.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala pow. w Biały.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Rana postrzałowa na s k ó r z e jest dokładnie okrągłą, o brzegach gładkich, jeżeli pocisk pada pod kątem prostym do skóry, która to postać przemienia się na okrągławą lub eliptyczną stósownie do kąta, pod którym pocisk pada. Średnica tych ran wynosiła przeważnie 5 mm. z obwódką, jakby oparzoną zazwyczaj jednomilimetrową. Największa rana kształtu eliptycznego miała 1 cm. w średnicy. Dotyczy to przypadku 17-go, gdzie strzał padł pod bardzo małym kątem, bo kula zrobiwszy kanał podskórny 4 cm. długi znowu przez skórę na zewnątrz przeszła. Rana wystrzałowa na skórze miała brzegi niegładkie tylko więcéj kształtu gwiazdkowatego lub postrzępione, okazywała również czasami obwódkę, a nawet przeczos i miała w średnicy 7 mm. do 1 cm. Habart znajdował rany postrzałowe z mniejszych odległości, o średnicy 5—9 mm., a ostatni rozmiar zawsze tylko wtedy, gdy pod skórą była kość; z większych odległości zaś rany skórne miały 8—11 mm. w średnicy. Również obwódkę czarną na około rany postrzałowéj znajdował, a czasem podobne zabarwienie koło rany wystrzałowéj, jak i ja w jednym przypadku (l. 5) znalazłem. Powstanie tych obwódek tłomaczyćby sobie można jako oparzenie albo też zgorzel powstałą wskutek ugniecenia. Habart przechyla się za ostatniem tłomaczeniem, że przy odległościach kilkudziesięciu kroków niewątpliwie obok ugniecenia i oparzenie wpływ swój wywiera, jeżeli się zważy, że pocisk przetarty przez lufę stalową na powierzchni swéj ogrzać się musi i dopiero w dalszéj odległości czas ma na ostygnienie i że przy tak ogromnéj chyżości już po upływie małéj cząstki sekundy skórę rani, z któréj wilgoć odciągając stygnie. Za tem przemawia i spostrzeżenie z przypadków 2-go i 18-go, gdzie drobne cząstki ołowiu z kuli odbitéj o jakąś twardą podstawę, kamień, mur lub okiennice żelazne utkwiły w skórze, z któréj z trudnością oddzielić się dały. Rany te były podobne do ran, jakie okazują robotnicy w odlewarniach zatrudnieni, jeżeli płynna wrząca masa metalowa na skórę pryśnie [1]). Co do ran postrzałowych skóry podnieść jeszcze muszę spostrzeżenie Dra Habarta. W przypadku samobójstwa bronią manlicherowską znalazł on w okolicy lewéj brodawki sutkowéj ranę postrzałową, o brzegach okopconych, mającą 7 mm. średnicy, rana zaś wystrzałowa poniżéj dolnego kąta łopatki prawéj miała tylko 5 mm. w średnicy, o brzegach nieco postrzępionych. Autor tłomaczy sobie mniejszą ranę wystrzałową tem, że kula przechodziła przez skórę mocno napiętą przez kość (łopatkę) pod skórą leżącą. Ja zaś wolałbym sobie wytłómaczyć większą ranę postrzałową jako u samobójcy powstałą tym sposobem, że strzał padł u lufy bardzo blisko do skóry przyłożonéj tak, że i prężność gazów swój wpływ wywarła.

W m i ę ś n i a c h, t k a n c e ł ą c z n é j, p o w i ę z i j a k o t e ż o t r z e w n é j ś c i e n n é j powstawały zawsze małe kanały względnie otwory, o średnicy 1 do 1½ cm. średnicy to jest dla małego palca drożne, o brzegach gładkich, przytem w mięśniach znaleziono przy sekcyi dość nieznaczne podbiegnięcie krwią, prawda, że w moich przypadkach nie było nadwyrężone żadne większe naczynie. Prof. Bruns w swych doświadczeniach na zwłokach ludzkich takie same osiągnął wyniki. Gładki kanał postrzałowy ledwie dochodził, a rzadko nieco przenosił objętość pocisku. Dodać tu winienem, iż broń przez Brunsa użyta bardzo jest zbliżoną do manlicherowskiéj. Jądro ołowiane ma osłonkę z miedzi i niklu. Kula jest 30 mm. długą, o średnicy 8 mm. i waży 14·2 gr. Nabój składa się z 3 gramów bezdymnego prochu, a chyżość początkowa 605 metrów.

N a j e l i t a c h i k i s z k a c h powstawały rany okrągławe dla palca drożne. Brzegi ran bywały gładkie, błona śluzowa na około rany była zmarszczona, czopka śluzu (według Socina) zatykającego zupełnie ranę nie znalazłem nigdy mimo

---

[1]) Już po rozpoczęciu druku téj pracy przeczytałem pracę Dra Brunsa: *Die Geschosswirkung der neuen Kleincalibergewehre.* Autor w swych doświadczeniach stwierdził, iż się pocisk rozgrzewa czasem nawet ponad 300° C., co również za mojem tłómaczeniem przemawia.

to nic znajdywałem często treści pokarmowéj w jamie otrzewnéj. Dr. Habart w przypadku rany postrzałowéj końskiego żołądka, napełnionego miazgą pokarmową (trawą) z odległości 200 kroków znalazł ranę, o średnicy 2·5 cm., po przeciwnéj stronie zaś pęknięcie ściany żołądka na przestrzeni dłoni, które się na wątrobę rozciągało, jako niewątpliwe działanie rozsadzające (eksplozyjne). Sam tego sprawdzić nie mogłem

Brzeg nerki okazywał małe okrągławe naddarcie, kula zaś przez całą nerkę przechodząca, pozostawiła tylko mały kanał mniejszy, aniżeli grubość pocisku, na około którego miąższ nerki okazywał drobne zmiażdżenie. Habart znalazł rozległe pęknięcia i rozdarcia tych narządów, jako też śledziony, co przypisuje histologicznemu ugrupowaniu istoty tych narządów. Uszkodzeń śledziony lub serca nie widziałem.

Kanał postrzałowy płuca bywał drożny dla małego palca, na około niego miąższ płuca bezpowietrzny i nieco wynaczynionéj krwi bez przedarcia.

Co się tyczy kości inne znajdowałem uszkodzenia na kościach płaskich, inne na długich, inne na kręgach, inne wreszcie na kościach czaszki. Jeżeli kula przeszyła kość płaską pod kątem mniéj więcéj prostym n. p. w kości biodrowéj (p. 6), wtedy powstał okrągławy ubytek, o średnicy 6 mm. z brzegami bardzo mało postrzępionemi, od których widać było drobne szczeliny: po drugiéj stronie téjże kości nastąpiło na około rany oddarcie małéj wąskiéj blaszki kostnéj. Podobne rany spostrzedz można było niekiedy na żebrach, tylko że tutaj dłuższe powstawały szczeliny. Podobne wyniki otrzymał Dr. Habart w swych doświadczeniach, a Prof. Bruns niekiedy u nasady, a nawet na trzonie kości długich. W przeważnéj liczbie przypadków zaś znajdywano na kościach długich rozległe złamania i zmiażdżenie kości. Odłamki wielkości ziarnka prosa aż do długości kilkunastu centimetrów były po części za pomocą okostnéj ze sobą złączone, po części zaś luźnie leżały. Do téj kategoryi złamań zaliczyćby można złamanie kości goleniowéj (p. 2). Na kręgach znalazłem w jednym przypadku (9) zupełne oderwanie prawego wyrostka bocznego z 3-go kręgu lędźwiowego. W innym przypadku zaś (l. 13) przechodził wcale gładki kanał postrzałowy przez kręgi piersiowe.

Ubranie u postrzelonych tylko w nielicznych przypadkach oglądać mogłem, w pierwszych dniach bowiem nie miałem po temu czasu, po sekcyi zaś z reguły pochowano umarłych w tych szatach, które przynieśli. O ile zaś obejrzeć zdołałem, inne otrzymałem wyniki, aniżeli Prof. Bruns. Tak na spodniach, jako też gaciach znalazłem w okolicy rany postrzałowéj okrągławy ubytek, o brzegach postrzępionych, mniéj więcéj tak duży lub nieco większy, aniżeli pociski. W miejscach zaś, gdzie kula opuszczając ciało przeszywała ubranie, powstawał ubytek o brzegach postrzępionych znacznie większy. Prof. Bruns w doświadczeniach na zwłokach zaś nie znajdywał żadnego ubytku, przeważnie tylko pęknięcia, jakby naddarcia dotyczącéj materyi.

b) Rany zadane kulą odbitą.

Inny zupełnie charakter miały rany postrzałowe zadane kulą odbitą (*ricochet*). Rany takie, które na polu bitwy rzadko się zdarzają, w stosunkowo wielkiéj ilości tutaj zadane zostały, co się tem tłomaczy, iż strzelano na ulicy, gdzie się kule łatwo o bruk, mury, żelazne okiennice i t. d. odbijały. Kule takie z wielką gwałtownością raniły czyniąc rozleglejsze spustoszenia, rzadko jednak przechodziły na wylot, tylko utkwiły pod skórą. W jednych zwłokach znajdywałem jużto większe, jużto mniejsze kawałeczki osłonki stalowéj, u któréj zagięta u podstawy część całkowicie utrzymaną została, w innych zaś znajdywałem rozmaicie zniekształtnione kawałki jądra ołowiowego od wielkości ziarnka prosa do wielkości ziarnka fasoli. Brzegi osłonki stalowéj były zawsze bardzo ostre i pogięte, a w jednym przypadku (16) tkwił w zagiętéj osłonce stalowéj kawałeczek sukna. Odłamki takie wyrywały z części ubrania niekształtne kawałeczki, dochodzące do wielkości czworaka i zadawały na skórze niekształtne rany, zazwyczaj z ubytkiem skóry połączone. Kanał postrzałowy w częściach miękkich był znacznie większy, aniżeli od kul całych. Wielkość ran zadanych zależała od wielkości odłamków kuli, jako też od tego, czy one powstały od jądra ołowiowego, czy od osłonki stalowéj. Osłonka stalowa, ostre brzegi okazująca, większe zadawała uszkodzenia. Rany na kiszce dochodziły do 15 cm. długości (przyp. 12), przyczem rana na otrzewnéj większą była, aniżeli na błonie śluzowéj. W jednym przypadku nadto (l. 7) sprawiła osłonka stalowa ranę na jelicie 2 cm. długą, która drążyła przez otrzewnę jedynie nie naruszając warstwy mięsnéj. W miąższu wątroby powstawał ubytek ze zmiażdżeniem. Na płucach nie znalazłem wielkiéj różnicy, chyba tylko taką, iż kanał postrzałowy bywał nieco większy, miąższ na około kanału przekrwiony, prawie bezpowietrzny. Ogromne zniszczenie znalazłem na oku i mózgu (przyp. 2). Dwa stosunkowo małe kawałeczki ołowiu (jeden $1\frac{1}{2}$ cm. długi, a 4 mm. szeroki, drugi 1 cm. długi, a 8 mm. szeroki, wydarły całą gałkę oczną i zmiażdżyły miąższ mózgu, który się na zewnątrz wylewał, w dalszym zaś ciągu powstał dość gładki kanał postrzałowy w półkuli mózgowéj, tuż pod oponami mózgowemi ślepo się kończący. Tenże sam pocisk zmiażdżył zupełnie kości, dno oczodołu stanowiące. Kule odbite sprawiały wogóle na kościach ubytki niekształtne z rozległemi szczelinami i jużto większemi, jużto mniejszemi odłamkami.

Nie dziw więc, że laicy widząc takie rany tego byli zdania, iż one nie pochodzą od kul Manlicherowskich tylko, że na tłumy żydzi z okien strzelali, bo zdanie podobne objawili nawet niektórzy koledzy przy sekcyi obecni. Demonstrując kawałki pocisków w zwłokach znalezionych, obalić zdołałem podobne domniemywanie, co się przydało i przy sekcyi sądowo-lekarskiéj (przyp. 7). Wyjaśnić jeszcze winienem powstanie rany na tyłogłowiu w przypadku 13-tym, drążącéj przez części miękkie i kości bez naruszenia opon mózgowych lub miąższu mózgu. Chory ten doznał niezawodnie postrzału w piersi z przodu, poczem upadłszy w tył uderzył głową o wystający róg kamienia, prawdopodobnie próg kamienny.

Że ze znacznemi ranami postrzałowemi brzucha ranny zdoła jeszcze ujść dłuższą przestrzeń wbrew doświadczeniu wojennemu Dr. Habarta przemawia opis choroby l. 7. Chłopak 25 lat liczący, z raną brzucha na wylot, zadaną kulą odbitą zdołał ujść 800 kroków i to drogą pagórkowatą nierówną. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Eberth, E. Fraenkel i Kiderlen: O przejściu mikroorganizmów chorobotwórczych z matki na płód.

Eberth zbadał płód pięciomiesięczny, który pochodził z matki cierpiącéj na dur brzuszny. Płód ten badał 11 godzin po wyjściu z macicy. Narządy wewnętrzne tego płodu nie przedstawiały makroskopowo ani mikroskopowo żadnéj zmiany. Za to we krwi, w sokach śledziony i płuc znalazły się prątki durowe (*Typhusbacillen*). Te same prątki znalazł

autor we krwi wyciśniętéj z łożyska. W hodowlach sporządzonych ze krwi soku śledziony na gelatynie, jakoteż na płytkach ziemniaków powstały kolonije. które pod względem morfologicznym i bijologicznym zupełnie odpowiadały prątkom durowym. Gaffky, któremu zostały przesłane, uznał takowe za durowe. Eberth sądzi, że mikroorganizmy patologiczne tylko wtedy przechodzą do krwi płodu, jeśli w łożysku powstają krwotoki lub przynajmniéj zaburzenia w krążeniu.

Badania Fraenkla i Kiderlena zdają się popierać to twierdzenie Ebertha. Ci badali płód pochodzący z ciężarnéj, będącéj w 5-tym miesiącu ciąży, która poroniła w trzecim tygodniu duru brzusznego i umarła 16 dni późniéj. Przy sekcyi matki znaleziono: ślady świeżo zagojonych wrzodów durowych i ropne zapalenie otrzewny, które powstało skutkiem pęknięcia ropnia jajnikowego podczas poronienia. Narządy wewnętrzne płodu nie okazywały zboczeń, ale w łożysku, były obfite wynaczynienia. Badania bardzo ścisłe narządów wewnętrznych i krwi nie wykazały ani na preparatach, ani w hodowlach prątków durowych. Za to na agarze, który szczepiono cieczą wyciśniętą ze śledziony, rozwinęły się kolonije *Staphyloccocus pyogenes albus et flavus*. Z tego wynika, że prątki durowe z matki na płód nie przeszły, ale za to przeszły koki ropne wyż wymienione, które znajdowały się w ropniu jajnika, a przejście to było możebnem skutkiem krwotoków w łożysku. Dlaczego w tym przypadku prątki durowe, mimo krwotoków w łożysku, nie przeszły do płodu, niewiadomo.

Autorowie ci wstrzykiwali pod skórę ciężarnym świnkom morskim prątki durowe i pokazało się, że w płodach stale te prątki można było wykazać. Wymienić wypada, że i w tych razach łożyska badane okazały krwotoki. Zdaje się więc, że jednym z warunków przejścia prątków durowych, jakoteż i innych mikroorganizmów na płód są krwotoki łożyska. (*Fortschr. der Med.*, VII., 1889, 5 i 17).

Choroby wewnętrzne.

Prof. Oertel: **O mięsieniu serca.**

Autor korzysta z prac Heinriciusa i Kroneckera, którzy wykazali doświadczeniami na zwierzętach, że skutkiem podwyższenia parcia powietrza w płucach takowe działają na serce, jak mięsienie i poleca to mięsienie dla celów leczniczych. Postępuje on w sposób następujący: każe choremu systematycznie głęboko wdechać, a potem powoli i w dwóch odstępach wydechać i to w drugiéj fazie wydechu głęboko. Podwyższenie parcia wydechowego może jeszcze w ten sposób być wzmożone, że dolne części klatki piersiowéj nieco się uciska podczas wydechu. W ten sposób zmiana ucisku płuc na serce nie mało się wzmaga. Autor stara się udowodnić, że korzyść z tego mięsienia, dla serca wynikająca, jest dwojaka:

1) Zwiększa się parcie ościenne w układzie tętniczym, jak o tém można się przekonać za pomocą badania sfigmograficznego tętna, a przez to krążenie krwi w ustroju jest lepsze i nie tak łatwo powstają przekrwienia żylne.

2) Polepsza się krążenie w mięśniu sercowym, a to wywiera korzystny wpływ na jego odżywienie.

Mięsienie serca jest wskazane we wszelkich przypadkach osłabienia serca, a więc wogóle przy wszystkich zaburzeniach w ogólnem krążeniu krwi. Przeciwwskazanie dla mięsienia serca stanowią: świeże zapalenie śródsierdzia lub osierdzia i zapalenie mięśnia sercowego t. z. *myocarditis*, która, jak wiadomo, najczęściéj powstaje skutkiem miażdżycy tętnic wieńcowych serca. (*Münch. m. Woch.*, 1889. 37—39).

Choroby nerwowe.

Prof. Bernhardt i Dr. Kronthal: **Przypadek nerwicy urazowéj ze zmianami anatomicznemi.**

Mężczyzna 30-letni, który po uderzeniu kopytem końskiem w okolicę żołądka od dwóch lat cierpiał na nerwicę urazową — powiesił się.

Badanie drobnowidowe rdzenia pacierzowego (mózgu nie można było badać) wykazało, że istota biała całego rdzenia była zmienioną. Znajdowały się w niéj nieregularne plamy, które ciemniéj się barwiły i były obfitsze w tkankę łączną tak zw. neuroglię, aniżeli miejsca niezmienione. W ogniskach tych naczynia wyraźnie były zgrubiałe.

Ponieważ K. w innym przypadku nerwicy urazowéj podobne znalazł zmiany, przeto sądzą B. i K., że można tym zmianom przypisać pewne znaczenie. (*Neurol. Centr. Bl.*, 4, 1890).

Nothnagel: **Przyczynek do rozpoznawania chorób wzgórków wzrokowych.**

N. orzekł jak następuje: „gdy przy jakiemś chorobowem ognisku mózgu z porażeniem połowiczem i porażeniem nerwu twarzowego, dowolne ruchy twarzy są niemożebne, a przy umysłowych emocyjach, śmiechu, płaczu i t. d., obie połowy twarzy jednakowo się poruszają, to można przyjąć, że wzgórki wzrokowe (*thalami optici*) i drogi łączące je z korą mózgową są nienaruszone“.

Dwa przypadki obserwowane przez autora stwierdzają owo zdanie, gdyż twarz nie była porażoną, a przy emocyjach psychicznych jedna połowa twarzy nie poruszała się dostatecznie. Z tego powodu rozpoznał N. że musi w tych przypadkach istnieć ognisko w wzgórku wzrokowym, a oględziny pośmiertne wykazały prawdziwość tego rozpoznania. Raz było zajęcie gruźlicze, drugi raz glijoma we wzgórku. wzrokowym. (*Zeitsch. f. klin. Med.*, XVI., 5 i 6, 1889).

Dr. Süsskind.

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Mosler (Greifswald): **Pemphigus**[1]).

Istota grupy chorób skórnych mianem *pemphigus* objętéj nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Zastanawiają się też obecnie najwięcéj nad pytaniem, czy zaliczyć ją do chorób infekcyjnych, czy też od działu tego ją odłączyć. W przypadku przytoczonym przez Moslera u 42-letniego rolnika wystąpił *pemphigus* najpierw na kończynach dolnych. Wkrótce nastąpiło samowyleczenie. Recydywa nie dała jednakowoż długo na siebie czekać, *pemphigus* dotąd *vulgaris benignus*, przeszedł w *pruriginosus* i rozszerzył się stopniowo prawie na całe ciało. Do tego przyłączyły się zwykłe objawy téj chorobie towarzyszące, jak bóle, bezsenność i ogólne wyniszczenie. Pęcherze tworzyły się często wzdłuż przebiegu niektórych nerwów, zupełnie jak przy *herpes zoster*.

Z treści pęcherzyków starał się wyhodować Dr. Löffler jakiś prątek, zabiegi były jednak zupełnie daremne. Treścią tą zaszczepiono także młodego medyka, który dobrowolnie dał się do doświadczeń użyć. Szczepienie było również bez skutku. Leczenie polegało na podawaniu znacznych dawek atropiny, bez zupełnego wpływu na przebieg choroby. Dopiero chinina w dużych ilościach spożywana wywarła skutek znakomity. U innéj choréj erupcyję pęcherzy poprzedziło palenie skóry w przebiegu *nn. cutanei extern. et medii cruris*. W przypadku tym samowyleczenie i nawroty powtarzały się regularnie co 11 do 15 dni, a wrażenie ogólne było takie, jakby się rzeczywiście miało do czynienia z nerwobólem. Znane są przypadki w literaturze, w których *pemphigus* występował równocześnie z nerwobólem, a siła bólu zgadzała się zupełnie z nasileniem zmian skórnych. Mosler stanowczo twierdzi, że *pemphigus* jest neurozą naczynioruchową, a kto się idąc za modą spodziewał, że odkryje nowy *bacillus*, ten się zawiódł. Zachowanie pewnéj miary w ostatecznych wywodach i krytyka własnych spostrzeżeń chronią od przesady i są koniecznemi wymogami badań naukowych! (*Deut. med. Woch.* 1890, Nr. 22).

Dr. Mendelsburg.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19 marca 1890 roku.

Przewodniczący kol. Mars. Obecnych członków 32.

1. Kol. Rydygier przedstawia kawałek żebra wyjętego u choréj przedstawionéj z cystą mleczną w Towarzystwie dnia 5/2 br. Okazało się, że u téj choréj pod cystą IX żebro było gruźliczo zmienione, liczne ziarniny ciągnęły się głęboko tak, że

[1]) Odczyt wygłoszony na ostatnim Zjezdzie lekarzy we Wiedniu.

żebro prawie do główki wyłuszczono. Płyn w torbielu według badania chemicznego był mlekiem.

2. Kol. Obaliński wygłasza swój odczyt o cięciu między cewką moczową a odbytnicą. Streściwszy sposoby operowania Dittla, Ziembickiego i innych, podaje, iż w ostatnich czasach używa cięcia Ottona Zuckerkandla na międzykroczu (cięcie perynealne), które daje bardzo dobry przystęp do przestrzeni między odbytnicą a cewką, a nawet do trzew miednicy małéj. U kilku chorych tą drogą leczonych usunął prelegent w zupełności nawet długotrwałe przetoki. Przetoki wielokrotne do tego zabiegu mniéj się nadają. — W dyskusyi zabierali głos kol. Bukowski i przewodniczący.

3. Po ożywionéj i wyczerpującéj dyskusyi jednomyślnie przyjęto następujące wnioski komitetu Towarzystwa: a) Tow. lek. krak. uchwala, że budowa domu własnego jest pożyteczną i potrzebną i zaczyna w tym celu zbierać fundusze. b) Wybiera stały komitet budowy, któryby rzecz tę przeprowadzał i Towarzystwu sprawozdanie składał. Do komitetu budowy obrano: koll. Jakubowskiego, Lustgartena, Rydla, Rydygiera, Wiszniewskiego, Zarewicza i Przewodniczącego.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie dnia 20 maja 1890.

Przewodniczący Prof. Korczyński, członków obecnych 10.

1) Przewodniczący przedstawia świadectwo o dobrem stanie zdrowia obory i służby zajętéj w mleczarniach w Sledziejowicach, w Gnojniku i Grodkowicach.

2) Profesor Łazarski zdaje sprawę z fabrykacyi ocukrzonych pigułek kreozotowych, wyrabianych przez aptekarzy pp. Bełdowskiego i Kowalskiego w Krakowie. Zdaniem referenta pigułki te zawierające po 0·05 kreozotu, jakoteż cukier, proszek ślazowy, kaolin i bardzo małą ilość gliceryny obok wyciągu słodniowego są wytworem bardzo dobrym, gdyż łatwo się rozpuszczają we wodzie letniéj. Rozpuszczalność ta utrzymuje się nawet po wysuszeniu takowych w wyższéj ciepłocie, co daje gwarancyję skuteczności nawet po bardzo długiem przechowaniu. Porównane z obecnemi w handlu znajdującemi się pigułkami kreozotowemi Jaspera nie ustępują im, lecz przeciwnie rozpuszczalnością je przewyższają. Komisyja uchwala przedstawić pigułki te Towarzystwu lekarsk. krak., jako wyrób farmaceutyczny polecenia godny. (Wniosek ten zamieniło Tow. lek. krak. w uchwałę na posiedzeniu w dniu 21 maja b. r.).

3) Przewodniczący odczytuje pismo Zarządu Tow. lek., donoszące o rozwiązaniu się kom. balneologicznéj i przelaniu czynności téjże do kom. przemysłowéj.

4) Przewodniczący odczytuje sprawozdanie z r. 1890 nadesłane przez Zarząd zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu.

Sprawozdanie to oprócz bardzo skrzętnych spostrzeżeń meteorologicznych, które dotyczą wzrastań ciepłoty, kierunku wiatrów, wilgotności, opadów atmosferycznych i ilości ozonu, podaje stan zakładu zdrojowo-kąpielowego i ruch chorych w r. 1889. Zakład posiada wziewnię gazów, gabinet inhalacyjny, 144 wanien do kąpieli mineralnych, 6 basenów do kąpieli zimnych z tuszami, oprócz gabinetów przy kąpielach stawowych; ilość pokojów mieszkalnych wynosi 650. Kąpieli wydano 24695. Ilość leczących się wynosiła 1357, ilość przybyłych 1606 osób. Rozesłano wody zdrojowéj 42648 but., soli zdrojowéj 1294 kgm., ługu solankowego 1603 but., mułu solankowego 262 klgm.

5) Na pismo Zarządu zdrojowo-kąpielowego w Lubieniu o danie wskazówek co do rozszerzenia zakładu i wprowadzenia ulepszeń, uchwalono odpisać, że komisyja przemysłowa nie uchyli się od tego.

Sekretarz: *Prof. Dr. Gluziński.*

VII. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

Berlin, dnia 4-go sierpnia.

Berlin przybrał ożywioną i uroczystą postać. Na placu wystawy lekarskiéj snują się tysiące uczestników, odznaczonych godłem lekarskiem (złoconym wężem owiniętym naokoło laseczki), a wystawa sama, chociaż jeszcze nieukończona, usiłuje rozmiarami przestrzeni zajętéj i mnogością przedmiotów zaimponować zwiedzającym, rozliczne zaś firmy na wyścigi zachwalają swe przetwory i przyrządy, obdarzając zwiedzających szumnemi anonsami.

Liczba uczestników kongresu przekroczyła już liczbę 5000, obok tego 1000 przeszło pań urozmaica liczną i zajmującą rzeszę spragnioną wiedzy i rozrywek. Francyja wysłała 34 delegowanych, północna Ameryka przysłała 500 uczestników, z Rosyi i Anglii zjawiło się przeszło po 300 lekarzy. Ogłem zapowiedziano 700 odczytów, a z Polaków następujący lekarze zapowiedzieli odczyty i wzięli udział w wystawie:

Z działu Anatomii (I.): Kostanecki z Berlina ma przedstawić ludzką szczękę dolną z dodatkowym stawem po jednéj stronie i inne anomalie z działu anatomii porównawczéj.

II. Z działu fizyjologii ma prof. Adamkiewicz mówić o odżywianiu rdzenia przedłużonego i jego ośrodków, a obok tego wykład objaśni demonstracyjami.

III. Z anatomii patologicznéj ma prof. Browicz mieć wykład: o poruszaniu się czerwonych ciałek krwi podczas stanu chorobowego i o komórkach *(Mastzellen)* w mięśniu sercowym, a Dr. Juliusz Steinhaus z Warszawy będzie mówił: o następstwach trwałego zamknięcia przewodu żółciowego.

IV. Z działu chorób wewnętrznych zapowiedział prof. Adamkiewicz wykład: o potęgowaniu się ucisku śródczaszkowego i tegoż objawach.

Dr. Goldflam z Warszawy: o ciekawym rodzaju porażenia rodzinnego (*familiäre Paralyse*).

Dr. Drzewiecki z Warszawy wypowie po angielsku wykład: o leczeniu przewłocznych nieżytów oskrzelowych i suchot płucnych za pomocą gazów.

Dr. Małachowski przedstawi ulepszony przyrząd do punkcyi opłucnéj, Dr. Pawiński z Warszawy odczyta rzecz: o wahadłowym rytmie tonów sercowych i stosunku jego do rytmu podwójnego, na podstawie spostrzeżeń klinicznych.

X. Z działu chorób ocznych będą mieli wykłady Dr. Wicherkiewicz z Poznania i prof. Dogiel z Tomska (Dr. W. o odpowiedniéj autoplastyce po wyłuszczeniu nowotworów zajmujących całą grubość powieki i przyczynek do wrodzonego wywinięcia się jagodówki (*Ectropium uveae*); prof. D.: o zakończeniach nerwów w rogówce i o nerwach tęczówki 7.

XII. Z dziedziny laryngologii zapowiedział Dr. Heryng z Warszawy wykład: o dobrotliwych owrzodzeniach w połyku (*pharynx*) i będzie mówił o uleczalności suchot krtaniowych za pomocą zabiegów chirurgicznych.

Prof. Pieniążek: o badaniu tchawicy za pomocą wziernika po dokonanéj tracheotomii i o laryngofisurze, na podstawie własnych doświadczeń.

Dr. Przedborski z Łodzi: o przypadku wyleczenia suchot krtaniowych.

XIII. Z działu dermatologii i syfidologii: Dr. Watraszewski z Warszawy: o metodach wstrzykiwań podskórnych.

XV. Z hygieny zapowiedzieli odczyty:

Dr. Obtułowicz z Buczacza: o epidemijach duru plamistego w Galicyi, a Dr. Bujwid z Warszawy: a) o ochronnem szczepieniu wścieklizny za pomocą metody Pasteura, i b) o poszukiwaniach bakteryjologicznych powietrza i wody w Warszawie.

Przedstawiciele zatem nauki lekarskiéj polskiéj zgłosili wcale pokaźną liczbę prac naukowych, a i na polu wystawy lekarskiéj nie pozostali w tyle za innymi i tak idąc porządkiem alfabetycznym wymieniam według katologu:

Dr. Grossa z Krakowa, który wystawił preparaty anatomiczne, bakteryjologiczne i ulepszone przyrządy chirurgiczne.

Dr. Obtułowicza z Buczacza, który na 10 tablicach przedstawił ilustracyję zapowiedzianego wykładu o rozszerzaniu się duru osutkowego w powiatach górskich i podolskich;

znakomitego naszego anatoma profesora Dra Teichmanna, który całemu światu każe podziwiać prześliczne

preparaty anatomiczne, szczególniéj z zakresu naczyń limfatycznych; i wreszcie

Dra Wołkowicza, asystenta kliniki chirurg. w Warszawie, który przedstawił preparaty anatomiczne, odnoszące się do dziedziny chirurgii, a przechowane w rozczynie tymolu i ustawione na gipsie.

Zjazd został otwarty uroczystem posiedzeniem w pięknie przystrojonéj arenie cyrkowéj Renza, która mimo znacznéj przestrzeni przecież nie mogła pomieścić wszystkich uczestników i zaproszonych gości tak, że panował ścisk niesłychany, a ztąd i gorąco przyprawiające o mdłości. Ozdobę posiedzenia stanowiła obecność słynnego Johna Listera i Jamesa Pageta z Londynu, oprócz ministrów (Boettichera, Gosslera i Herrfurtha) i znacznéj liczby najwyższych lekarzy wojskowych niemieckich i zagranicznych, którzy w barwnych i nader bogatych mundurach urozmaicali liczną rzeszę, przepełniającą salę posiedzenia. Stary Virchow w przemowie podniosłéj zagaił posiedzenie. Zaznaczył, że nauka lekarska jest najszczerszą przedstawicielką uczucia ludzkości, a chociaż dawne godło: „*Galenus dat opes*“ z biegiem czasu straciło swój prawdziwy charakter, to jednak obecnie bogactwo polega na sumie uznania i miłości ze strony wdzięcznych chorych i szerokiéj publiczności.“

Potem przemawiali sekretarz generalny Lassar, wspominając o znakomitéj liczbie uczestników zjazdu i o Edisonie, który za pośrednictwem Dr. Baylela przedstawi pomysł niszczenia kamieni za pomocą elektro-mechanicznych sposobów. Minister Boetticher powitał zjazd w imieniu cesarza, Dr. Gossler w imieniu szefa pruskiego; burmistrz Forkenbeck imieniem miasta Berlina, a różni przedstawiciele państw europejskich i zaatlantyckich dziękowali za zaproszenie na zjazd.

Na tem skończyła się piękna uroczystość otwarcia zjazdu, którego przewodniczącym wybrano ponownie prof. Virchowa.

W klinice chirurgicznéj prof. Bergmanna był słynny Lister przedmiotem szczególniejszych owacyj. Prof. Bergmann wykładał o sposobie aseptycznego operowania i zakładania opatrunków umożliwiających zawsze *primam intentionem.* Dzisiaj sekcyje zawiązały się w liczbie 18, a jutro rozpoczyna się dalsze prace naukowe.

Wieczorem przyjmował komitet organizacyjny uczestników zjazdu w pałacu wystawowym. (C. d. n.)

Dr. Obtułowicz.

Sprawozdanie z II-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Z kolei rozpoczyna wykład XV. kolega Sawicki: „O przepuklinach.“ W ciągu 6-letniéj asystentury miał sposobność spostrzegania 2 przypadków przepukliny przedotrzewnowéj i 1 przepukliny przestwórkowéj. 2 pierwsze przypadki dotyczyły mężczyzn zdrowych i zakończyły się pomyślnie. W jednym z nich jądro leżało w pobliżu pierścienia pachwinowego zewnętrznego, a chorobę rozpoznano przed operacyją. Podczas zabiegu w obu przypadkach znaleziono kanał pachwinowy bardzo długi, otwór brzuszny przesunięty daleko na zewnątrz i ku górze służył za miejsce uciśnięcia. Obadwa te przypadki zgadzały się przeto z teoryją Schmidta, a można je odróżnić zboczeniami w rozwoju jądra.

Natomiast zupełnie niejasny był przypadek przepukliny przestwórkowéj; dotyczył on pod względem etyjologicznym kobiety 57-letniéj, którą przywieziono do szpitala w stanie zapadu. Chora od dawna miała guz wielkości głowy noworodka ponad więzem Puparta, od dni 6 uwiązgnięcie. Z powodu silnego zapadu przecięto tylko ścianę brzuszną ponad guzem, worek przepuklinowy otwarto i pętlę jelita umocowano na zewnątrz. Chora zmarła w parę godzin po tem. Sekcyja wykazała obecność worka przepuklinowego pomiędzy mięśniami poprzecznemi i powięzią z jednéj, a mięśniami skośnemi z drugiéj strony. Otwór brzuszny przepuszczał swobodnie dwa palce i umiejscowieniem swojem w zupełności odpowiadał dołkowi zewnętrznemu. Na wewnętrznym brzegu otworu brzusznego leżała tętnica nadbrzuszna dolna, na wewnątrz i ku dołowi wiąz obły, ostatni niczem nie różnił się od więzu strony przeciwnéj. Chociaż teoryja Schmidta i Rumpela o powstawaniu przepuklin przedotrzewnowych i przestwórkowych, opierająca się na zboczeniach rozwojowych wyrostka pochwowego i jądra ma wiele za sobą, nie da się jednak zastosować do wszystkich przepuklin pachwinowych, a tem mniéj udowych i pępkowych. To też w tych ostatnich przypadkach jedynie racyjonalne objaśnienie może nam dać teoryja Linharta i Bära, przypuszczająca wytworzenie się tego rodzaju przepuklin z uchyłków otrzewnéj. Na możność powstawania przepukliny ostatnią drogą wskazuje niejako przypadek przed laty 5 spostrzegany w klinice przez prelegenta. Chory przybył z uwięzniętą od dni 9 prawostronną przepukliną pachwinową. Prof. Efremowski wykonał herniotomiję, znalazł w worku mosznowym kiszkę grubą i takową odprowadził. Chory umarł dnia następnego przy trwających daléj objawach uwięznięcia. Sekcyja wykazała, że od miejsca połączenia wyrostka robaczkowego z kątnicą przebiegał fałd otrzewnowy ku wewnętrznemu brzegowi *annuli interni* kanału pachwinowego. Pod fałdem leżał uchyłek otrzewnéj, skierowany ku wewnątrz, otwór jego znajdował się nieco na wewnątrz i ku tyłowi od otworu brzusznego kanału pachwinowego. W uchyłku leżała przegięta i skręcona przez opisany fałd otrzewnowy pętla kiszki grubéj. Oczywista, że operujący z worka przepuklinowego wypchnął kiszkę do uchyłku otrzewny. Przypuścić można, że podobny uchyłek łatwo może się zlać z workiem pachwinowym i wytworzyć worek przedotrzewnowy. Podobne uchyłki powstać mogą szczególnie w okolicy prawego kanału pachwinowego, gdyż tu prawidłowo istnieje już nadmiar otrzewny, jeśli się tak wolno wyrazić. (Trzy *foveae* na ścianie brzusznéj, *fossa subcoecalis* Treitza, *fossa ileocoecalis* Waldeyra).

Co się tyczy przyjętego obecnie podziału na przepuklinę przedotrzewnową, przestwórkową i powierzchowną, to takowy zdaje się niesłuszny. Takich ścisłych granic, jak sobie niedawno wyobrażano, między temi odmianami nie ma. Sam podział sztuczny wytwarza jeszcze większą gmatwaninę. Opisywano przepukliny o jednym worku, o zarośniętym lub bardzo ciasnym otworze wewnętrznym w których jednakże worek leżał pomiędzy powięzią poprzeczną i otrzewną (Krönlein, Trzebicky), z drugiéj strony podano kilka przypadków przepuklin o 2 workach, gdzie worek wewnętrzny leżał wśród ściany brzusznéj. Gdyby spostrzeżenia były ścisłe, ilość podobnych przypadków prawdopodobnie okazałaby się większą. Wobec tego zamiast *hernia properitonealis interstitialis* i *superficialis* proponuje kolega S. użycie nazwy *hernia cruro-* względni *inguino-abdominalis*, a przytem ostatnią dzieli na *uni et bissacata.* Nazwa ta zdaje się odpowiedniejszą aniżeli *hernia inguino* względnie *cruro-intraabdominalis*, gdyż obejmuje w sobie i te przypadki, w których guz leży powierzchownie (*hernia superficialis*).

Wykład XVII. Kol. Ciechomski: „Przerwanie ścięgna długiéj głowy mięśnia dwugłowego.“ Mężczyzna l. 36, dobrze zbudowany i odżywiony, wśród mocowania się doznał nagle po 2 giéj próbie bólu nie bardzo dolegliwego i osłabienia w ręce. Na drugi dzień na granicy górnéj a średniéj trzeciéj ramienia można wykazać wybroczynę wielkości 20 centów. W miejsce wrzecionowatego pagórka, tak pięknie u osób silnych występującego od mięśnia dwugłowego, mamy zagłębienie. Przy obmacaniu zamiast jędrnego mięśnia wyczuć można tkankę zwiotczałą, jakby tłuszczową. Ruchy wyprostne ramienia i zginanie przedramienia upośledzone. Widoczne więc jest pęknięcie mięśnia dwugłowego wywołane wśród mocowania. Prąd przerywany na *m. biceps* zastosowany nie dawał rezultatu. Przy zginaniu ramienia mięsień usuwał się od przegubu, przy skurczeniu ręki pod kątem prostym mięsień przybierał postać nie owalną, lecz kulistą. Przy zginaniu poziomem masa mięśnia zwieszała się w postaci kuli. Zważywszy te wszystkie w ruchach zjawiska powstające, przypuścić należało pęknięcie ścięgna mięśnia dwugłowego. Ponieważ chory nie zgadzał się na zeszycie, zostawiono go samoistnemu wyleczeniu, nie namawiając go bardzo do operacyi z obawy przed mogącemi nastąpić dolegliwościami w stawie ramieniowym. Po roku ból znikł zupełnie, ruchomość powróciła do tego stopnia, że wszystkie

ruchy fizyjologiczne są możliwe, siła mięśnia pozwala nosić ciężary, na prąd przerywany lewa główka więcéj oddziaływa niż prawa, przy fleksyi nie tworzy się już kula, mięsień jest jędrniejszy, choć nie w tym stopniu, jak mięsień ręki lewéj.

Dyskusyja. Kol. Barącz konstatuje taki sam przypadek ze swéj praktyki; kol. Szuman zapytuje prelegenta o zapatrywanie na leczenie, tenże powiada, że takowe jest żadne, a ci, którzy stosowali opatrunki, otrzymali te same wyniki, jak bez takowych. Gdy się przypuszcza, że ścięgno się gdzieś ustaliło, zaleca masowanie, natryski i prąd elektryczny. Daléj zabierają jeszcze głos kol. Szuman i prelegent.

Na tem zakończył zastępca przewodniczącego kol. Ziembicki posiedzenie popołudniowe, a o godzinie $5\frac{1}{2}$ zasiedli wszyscy uczestnicy zjazdu i asystenci klinik uniwersytetu Jagiell. przy wspólnéj uczcie w gościnnym domu prof. Rydygiera. Prócz świata lekarskiego widzieliśmy prorektora Kasparka, prof. Rostafińskiego i innych. Obiad przeciągnął się aż do godziny $7\frac{1}{2}$ wśród miłéj koleżeńskiéj pogadanki, pięknie wypowiedzianych toastów, prorektora Kasparka, prof. Rostafińskiego, kolegów Oettingera, Gluzińskiego, Köhlera, Szumana, Bossowskiego, Czaplickiego, Podgórskiego i uprzejmego gospodarza prof. Rydygiera, który wychylił kielich na cześć swych gości. O godzinie $7\frac{1}{2}$ udali się wszyscy zaproszeni przez prof. Rydygiera do teatru, gdzie przy dźwiękach lekkiéj Offenbachowskiéj muzyki, po trudach prac zjazdowych spędzili mile cały wieczór.

Dzień III. Zjazdu 17 lipca.

O godzinie 8 zgromadzono się w szpitalu św. Łazarza na oddziale prof. Dra Obalińskiego, który jako prymaryjusz tegoż oddziału, wraz z sekundaryjuszami swymi koll. Podgórskim, Choróbskim i Udzielą oprowadził po wszystkich salach, a jeżeli nikogo zachwycić nie może mała i niedogodna sala operacyjna i niezbyt świetne umieszczenie, jak na tak wielką liczbę chorych, to skłonić musi głowę przed porządkiem wzorowym, jaki panuje i przed tem, co wykonywa się wśród tak trudnych warunków. Prof. Obaliński szczegółowo zatrzymywał się przy każdym piękniejszym przypadku, których nie brak i z gotowością odpowiadał na zapytania wielce zajętych całym oddziałem gości. O godz. $9\frac{1}{2}$ zasiedli wszyscy w sali operacyjnéj kliniki chirurg. uczestnicząc trzeciemu dniu zjazdu w zupełnym komplecie.

Z kolei zabrał głos kol. Leszczyński. Wykład XVIII „Przypadek resekcyi jelita z powodu wgłobienia (*invaginatio ileocolica cum prolapsu ilei*).“ Ośm tygodni temu zgłosiła się chora, skarżąc się na biegunkę od miesiąca trwać mającą, 15 do 20 wypróżnień na dobę nie bywało dla niéj rzadkością. Przy badaniu chora wyniszczona, z otworu stolcowego wisi 20 cm. kiszki owrzodziałéj skutkiem dotykania prześcieradła. Palec można wprowadzić i wybadać obszedłszy do około całą część wypadniętą nad zwieraczem. Kanka 40 cm. wchodzi bez oporu. Gazów w brzuchu nie ma, bolesność tylko około pępka daje się wykazać. Okrężnica nadęta; przy zgięciu w podżebrzu lewem, przewężenie, do którego woda dochodzi. Przypuszczano wpochwienie wysokie i istnienie przewężenia pierścienia. Postanowiono laparotomiję, aby wyprostować wgłobienie, lub wyciąć pierścień. W maju b. r. wykonana laparotomija wykazuje, że zgięcie esowate nie posiada żadnego pierścienia. W okrężnicy całéj czuć wyraźnie sznurek napięty przy brzegu kreskowym. Pierścień był w kątnicy, którą podniósłszy można było widzieć wpochwienie jelita cieńkiego z zagięciem ślepego i wypadnięciem wpochwionéj części z odbytnicy. Zrosty otrzewnowe były bardzo znaczne i stanowiły jakby jednę masę. Postanowiono wyciąć pierścień, uniesiono kątnicę, otwarto i znaleziono sznurek błony śluzowéj napięty, który pociągnięty nie pociągał za sobą okrężnicy. Matlakowski zalecał sznurek przy pierścieniu 2 razy przewiązać i przeciąć, część wpochwioną wpuścić do okrężnicy, pierścień wyciąć, daléj postanowił przyszyć koniec wolny cieńkiego jelita do jelita wstępującego. Po operacyi przebieg był zupełnie dobry, ciepłota nie wysoka, tętno prawidłowe. Po 14 dniach chora wstała, a w d. 9-tym nastąpiło I-sze wypróżnienie i w otworze stolcowym pokazał się odcinek szary i wydobyto 37 cm. kiszki rwącéj i rozpadającéj się. Ligatury nigdzie nie znaleziono, więc chyba nastąpiło przerwanie. Późniéj w badanych stolcach niczego podobnego nie znaleziono. Chora przybrała na wadze, w 4 tygodnie opuściła szpital. Podobnych przypadków wpochwienia jest bardzo niewiele. Wycięcie nie jest dziś zbyt trudnem. Potwierdza ten przypadek, że rada Brunsa jest dobrą, aby jak najprędzéj wpochwienie operować. Sposób operacyjny jest najbardziéj zbliżony do samowyleczenia. Zabieg można było wykonać inaczéj. Po przecięciu i otwarciu kątnicy należało przeciąć sznurek, krwawiące naczynia podwiązać, zbadać czy pierścień nie zbyt wąski, potem obrąbić brzegi rany wystającą błoną śluzową, cięcie pokryć szwem; zabieg ten jest prostszy i łatwiejszy, a może w skutkach lepszy. Podają go w ostrych i przewlekłych przypadkach, gdzie zwężenie nie zależy od górnego otworu. Zrosty należy wzmocnić szwami Lamberta.

Wykład XIX. Kol. Bossowski: „Dwa przypadki ileo-kolostomii“ (z przedstawieniem jednéj operowanéj). Na podstawie 2 przypadków, w których z powodu zwężenia kątnicy wykonano w klinice chir. krak. ileokolostomiję, zabrał głos kol. Bossowski. Wyłożył rzecz o anastomozach jelita, czyli t. z. *enteroenterostomii*. Omówiwszy po krótce zebrane z literatury a nieliczne dotąd zabiegi operacyjne, których celem było wytworzenie połączenia między odcinkiem jelita wyżéj i niżéj zwężenia, lub w ogóle przeszkody w drożności, położonym tak, że część zwężona lub niedrożna z krążenia treści jelita została wyłączona, wyliczył prelegent wskazania zebrane przez Hackera w rozprawce „O znaczeniu anastomozy jelit w celu operacyjnego leczenia zwężeń tychże“ i opisał technikę, sposób łączenia szwem wytworzonych otworów łącznych i ostrożności, których przestrzegano w przypadkach operowanych w klinice chir. krakowskiéj. Zaznaczywszy, że znaczenie enteroenterostomii jest tylko zapobiegawcze, podobnie jak wytworzenie sztucznéj rzyci, którą jednak przewyższa tem, że nie przynosi choremu nieodłącznych z *anus preternaturalis* przykrości, a zarazem wyklucza z krążenia kałowego możliwie najkrótszą część jelita, określił dokładnie wartość, jakiéj nabiera enteroanastomoza w przypadkach zwężeń bliznowatych, gdzie ten zabieg przewyższa operacyję radykalną. Jako zabieg zapobiegawczy zamiast wytworzenia sztucznéj rzyci, wykonano też u choréj, którą prelegent przedstawił, ileokolostomiję przez stworzenie połączenia pomiędzy najniższą częścią jelita biodrowego i jelitem poprzecznem. Zwężenie rakowate kątnicy sprowadziło z jednéj strony rozległe, ścisłe zrosty z boczną i tylną ścianą brzuszną, z drugiéj zaś strony wywołało nacieki nowotworowe w gruczołach kreskowych tak, że na doszczętne wyłuszczenie nowotworu nie można było liczyć. Korzystny wpływ, jaki w powyższym przypadku daleko posuniętéj sprawy nowotworowéj z wybitnem charłactwem wywarła enteroenterostomija przez poprawienie się ogólnego odżywienia, uregulowanie bardzo częstych przedtem wolnych stolców, tłomaczy się wykluczeniem z obiegu kałowego nowotworowéj kątnicy i odgraniczeniem w ten sposób rozpadającego się nowotworu.

Drugi przypadek operowany w klinice chirurg. krak. budził niemałą ciekawość tak pod względem rozpoznawczym, jako też ze względu na trzykrotnie wykonaną laparotomiję i dłużéj trwający zbawionny wpływ sztucznéj anastomozy jelita, na stan ogólny choréj mimo, że ogniska chorobowego nie usunięto.

Wykład XX. Kol. Ciechomski: „Przypadek resekcyi poprzecznicy z powodu nowotworu rakowego.“ U 29-letniéj kobiety, która skarżyła się na ból brzucha w okolicy lewego podżebrza, można było wymacać guz wielkości głowy dziecka, kształtu sześcianu, nieco ruchomy ku dołowi, ku górze zaś wcale nie. W innych narządach zmian żadnych nie było. Rozpoznanie przechylało się na stronę guza złośliwego, połączonego z okolicą silnemi zrostami. Cięcie poprowadzone poniżéj pępka przedłużono ku górze, a ujàwszy dolny koniec guza, zobaczyć było można ścianę poprzecznicy. Kreskę poprzecznicy podwiązano, a z nasady mesenteryjum dość znaczny powstał krwotok. Podczas szycia kiszki powstały wybroczyny. 15-go dnia poszła chora do kąpieli, wyjęto jéj szwy, a w 4 tygodnie opuściła zakład. W rok przybyła ponownie, wyglądając bardzo dobrze, bóle

w brzuchu trwają daléj i można wymacać guz w podżebrzu lewem. Przy II. próbnéj laparotomii z powodu zrostów o wyjęciu guza nie było mowy. Po dwu tygodniach chora opuściła szpital. Do laparotomii zniewalały następujące powody. Najprzód była to kobieta młoda, kompletny brak objawów ze strony kiszek i stąd to pomyłka w rozpoznaniu. Kol. Ciechomski zwraca uwagę na to, że nawet przy laparotomijach próbnych z powodu raka chorzy po pewnym czasie po operacyi doznają pewnéj ulgi.

Wykład XXI. Kol. Ciechomski: „Cerowanie jelit.“ Podaje tu kol. Ciechomski przypadek, gdzie kobieta 60-letnia zgłosiła się do niego z przepukliną udową prawą. Uwięzgnięcie, *ileus, herniotomia.* W worku trochę płynu żółtego, kiszki i części sieci. Po nacięciu wyciągnięto sieć i kiszkę, lecz kreska oddarła się od kiszki. Założono tedy szwy łączące sieć z kiszką i kilka z nich się udało. W środku jednak kiszka pękła i treść jelit się wylała, założono więc wyżéj szew dwupiętrowy i kiszkę wpuszczono do jamy brzusznéj. Przebieg idealny, wymioty ustały, III-go dnia wiatry, ciepłota prawidłowa. Po 8 dniach sklejenie worka przepuklinowego.

Wykład XXII. Kol. Trzebicky: „O paracentezie jamy brzusznéj.“ Wykład ten umieszczony jest w całości w *Przeglądzie Lekarskim.* Dyskusyja odbywała się równocześnie nad wykładem kol. Bossowskiego i Trzebickyego. Zabierali głos w takowéj kol. Barącz, przytaczając przypadek enteroenterostomii, kol. Jasiński, kol. Wałkowicz opisując przypadki polepszenia po laparotomii próbnéj. O tejże saméj kwestyi mówią jeszcze kol. Obaliński, kol. Wehr, kol. Dębowski, powtórnie kol. Jasiński zwracając się do kol. Bossowskiego, dla czego u choréj przedstawionéj z operacyją ileokolostomii nie wycięto guza, chociażby do badania. Na to kol. Rydygier w odpowiedzi nadmienia, że mimo wzmianki o tem ze strony kol. Bossowskiego obawiał się, czy chora zniesie podobny zabieg, a na dalszy zabieg operacyjny zgodzić się nie chciała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Do l. 18.936. **Rozporządzenie**

c. k. Namiestnictwa, wydane w porozumieniu z Wydziałem krajowym w sprawie ochronnego szczepienia ospy.

W porozumieniu z Wydziałem krajowym zmienia się tutejsze okólniki z d. 11 kwietnia 1876 r., l. 16.727 i z d. 18 marca 1887 r., l. 14.377 i inne, dotyczące ochronnego szczepienia ospy w sposób następujący:

1. Począwszy od r. 1890 odbywa się szczepienie ospy ochronnéj corocznie w każdéj miejscowości za pomocą krowianki.

2. Każdy powiat ma być podzielonym na pewną ilość okręgów szczepienia, w których będzie szczepić lekarz powiatowy i inni w powiecie zamieszkali lekarze.

3. Okręgi szczepienia ustanawia c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym po poprzedniem zasiągnięciu zdania c. k. Starostw i Wydziałów powiatowych. W razie, gdyby ustanowiony przez c. k. Namiestnictwo okręg szczepienia nie odpowiadał miejscowym stosunkom, winno c. k. Starostwo po porozumieniu się z Wydziałem powiatowym wnieść w tym względzie do c. k. Namiestnictwa należycie uzasadnione przedstawienie.

4. Lekarzy, którym poruczonem będzie szczepienie w pojedynczych okręgach, wyznaczy każdego roku c. k. Namiestnictwo za porozumieniem się z Wydziałem krajowym na wniosek c. k. Starosty, względnie lekarza powiatowego.

5. Każdy lekarz powiatowy powinien wykonywać szczepienie corocznie przynajmniéj w jednym okręgu szczepienia, lecz co roku w innym; może być jednakowoż tak c. k. lekarzowi powiatowemu, jak i prywatnym lekarzom i więcéj jak jeden okrąg do szczepienia przydzielonym.

6. Lekarze miejscy winni w miejscowości swego zamieszkania szczepić corocznie ospę ochronną bezpłatnie.

7. Przed rozpoczęciem szczepienia c. k. Starostwo zawiadomi przełożonych obszarów dworskich i zwierzchności gminne, któremu lekarzowi szczepienie w dotyczącéj gminie poruczono i poleci zwierzchnikom, aby polecenia lekarza szczepiącego ściśle wykonywali.

8. W kwietniu każdego roku dostarczy c. k. Starostwo każdemu lekarzowi szczepiącemu:

1) wykaz dzieci urodzonych w ubiegłym roku (od 1-go kwietnia jednego roku do 1-go kwietnia drugiego roku) w okręgu lekarzowi przydzielonym, sporządzony przez urzędy parafijalne i inne urzędy wyznaniowe, do prowadzenia metryk upoważnionę, nie mniéj wykaz dzieci w roku ubiegłym w tym okręgu zaszczepionych;

2) wykaz dzieci przed dziesięciu laty (n. p. w bieżącym roku za rok 1880) urodzonych a żyjących, celem rewakcynacyi.

9. W wykazach dzieci szczepić się mających należy żądać od odnośnych urzędów parafijalnych i metrykalnych, aby wymieniały wszystkie w danym czasie urodzone dzieci, a to bez względu na to, czy umarły lub żyją, a jedynie w razie śmierci, aby w odnośnéj rubryce datę śmierci zaznaczały.

Wykazy te mają być sporządzone odrębnie dla każdéj gminy.

10. Krowianki dostarczy corocznie Wydział krajowy w miarę potrzeby za pośrednictwem c. k. krajowego referenta spraw zdrowia.

11. Szczepienie winien każdy lekarz w przydzielonym mu okręgu najpóźniéj w maju rozpocząć.

12. Najdaléj na 14 dni przed rozpoczęciem szczepienia winien lekarz szczepiący przedłożyć c. k. Starostwu plan szczepienia w swoim okręgu w dwóch równobrzmiących egzemlarzach, z których jeden zostanie bezzwłocznie przez c. k. Starostwo Wydziałowi powiatowemu przesłanym, aby delegat Wydziału powiatowego w danym razie mógł być obecnym przy szczepieniu lub rewizyi dzieci.

13. Lekarz szczepiący może dokonać szczepienia w porządku, jaki uzna za odpowiedni i dogodny, winien atoli o terminie, w którym w każdéj miejscowości szczepienia dokonać zamierza, w czas zawiadomić zwierzchności gminne, przesyłając im zarazem wykazy szczepić i rewakcyjonować się mających od urzędów parafijalnych uzyskane, a to w tym celu, aby odnośne zwierzchności mogły na czas zawezwać wszystkie interesowane osoby do przedstawienia się w czasie oznaczonym do szczepienia i rewakcynacyi.

Wykazy te zwróci naczelnik gminy szczepiącemu lekarzowi przy sposobności szczepienia w gminie.

W miejscowościach, które są siedzibami probostw lub kapelanij, winien szczepiący lekarz zaprosić duszpasterzy, aby przy szczepieniu byli obecnymi.

14. Podczas szczepienia jakoteż rewizyi obecnym być winien naczelnik gminy lub jego zastępca, względnie przełożony obszaru dworskiego, a w miarę możności miejscowy duszpasterz.

15. Szczepienie odbywać się powinno albo w szkole, albo w kancelaryi gminnéj lub w braku tychże w innem miejscu stósownem.

16. Celem dokonania szczepienia udać się winien lekarz do każdéj miejscowości, wyznaczając w miejscowościach rozległych w miarę potrzeby i kilka miejsc zbornych: do przysiołków nie więcéj jak 1 kilometer odległych od gmin, do których należą, nie wolno lekarzowi dojeżdżać; dzieci tamże szczepić się mające, należy dostawiać do gmin, do których przysiółki należą.

17. Osmego dnia po zaszczepieniu winien lekarz przedsięwziąć w każdéj miejscowości rewizyję i wydać życzącym sobie tego, świadectwa odbytego szczepienia ospy, przy któréj to sposobności zaszczepi powtórnie te dzieci, u których się szczepienie nie przyjęło.

18. Przy sposobności szczepienia i rewizyi winien lekarz corocznie przeprowadzać rewakcynacyję u osób przed 10 laty szczepionych.

19. Jeżeli rodzice z dziećmi do szczepienia przeznaczonemi nie stawią się na wezwanie lekarza i okazują niechęć do szczepienia, natenczas winien szczepiący zrobić o tem do-

niesienie do Starostwa, które zarządzi na koszt winnych lub gminy dalsze szczepienie.

20. Lekarz przyjmujący czynność szczepienia, winien ją uskutecznić we wszystkich miejscowościach przydzielonego mu okręgu najdaléj do końca października, w przeciwnym bowiem razie traci prawo żądania wynagrodzenia za szczepienie częściowo tylko lub zbyt późno dokonane.

21. Lekarz powiatowy winien przy sposobności innych czynności przekonywać się osobiście o sposobie, w jaki lekarze wykonywają szczepienie i rewizyję.

22. Po ukończeniu szczepienia najpóźniéj z końcem października przedłoży lekarz wszystkie przepisane wykazy szczepienia (Nr. 1—5) c. k. Starostwu, oraz wszystkie wykazy urzędów parafijalnych, które poprzednio od c. k. Starostwa otrzymał, niemniéj i rachunek kosztów podróży, sporządzony według przepisu.

23. Rachunek ma być, pod zagrożeniem nieuwzględnienia, najpóźniéj do 15 listopada Starostwu przedłożony, które po sprawdzeniu w sposób właściwy dat w nim zawartych, przedłoży go c. k. Namiestnictwu.

24. Aczkolwiek pod względem porządku szczepienia pozostawia się lekarzowi zupełną wolność, wynagrodzenie kosztów podróży obliczać należy w sposób, jak gdyby lekarz szczepił ile możności bez przerwy i w porządku odpowiadającym wzajemnemu położeniu topograficznemu miejscowości do okręgu wcielonych.

25. Za szczepienie, rewizyję i rewakcynacyję pobierać będzie lekarz prócz kilometrowego przynależne mu dyjety.

Lekarze rządowi otrzymują należytość za jazdę i dyjety wedle przepisów rządowych.

26. Należytość dyjety jednodniowéj przyznaną będzie lekarzowi, jeżeli: a) nie podejmując żadnéj podróży, zaszczepi, zrewakcynuje lub zrewiduje 60 osób; b) podejmując podróż w odległości 1—4 kilometrów 40 osób; c) 4·1—8·0 kil. 30 osób; d) 8·1—12·0 kil. 25 osób; e) 12·1—15·0 kil. 20 osob; f) 15·1—19·0 kil. 15 osób; g) 19·1—25·0 kil. 10 osób; h) 25·1—35 kil. 5 osób; i) odbędzie podróż w odległości ponad 35·1—40·0 kilometrów.

W miarę większéj liczby szczepionych lub zrewidowanych w jednym dniu przysługa lekarzowi prawo zarachowania podług powyższéj normy należytości za 2, 3 i więcéj dni, jednak zawsze tylko w stosunku do oddalenia i ilości dzieci szczepionych i zrewidowanych.

27. Szczepiącemu lekarzowi wolno tylko dwukrotną bytność w każdéj miejscowości zarachowywać, a nadto czterokrotny powrót do miejsca zamieszkania, lecz bez względu na to, czy mu jeden lub więcéj okręgów do szczepienia przydzielono.

W razie oznaczenia kilku miejsc zbornych w jednéj miejscowości, dostarcza gmina podwody bezpłatnie.

28. Powroty lekarzy powiatowych do miejsca zamieszkania z powodu innych komisyj urzędowych nie będą uwzględniane w rachunku za szczepienie.

29. Zdający rachunek ma w rachunku:

1) zarachowywać podróże od miejscowości do miejscowości w tym porządku, w którym takowe są podane w poleceniu c. k. Starostwa;

2) w odpowiedniéj rubryce podawać dzień rzeczywiście dokonanéj czynności t. j. dzień uskutecznionego szczepienia bez względu na to, czyli te dnie następują po sobie w porządku chronologicznym;

3) zarachowywać tylko dwukrotną podróż do każdéj miejscowości szczepienia, a co najwyżéj czterokrotny powrót do miejsca zamieszkania.

30. Do rachunku zaś winien dołączyć:

1) polecenie c. k. Starostwa, w którem mają być wszystkie miejscowości do szczepienia lekarzowi przydzielone w porządku topograficznym po sobie wyliczone;

2) potwierdzenia czyli certyfikaty według dołączonego wzoru.

C. k. lekarze powiatowi nie potrzebują przedkładać certyfikatów dokonanéj czynności.

31. Partykularze, które tych wymogów nie posiadają, ma pan c. k. Starosta zwrócić zdającemu rachunek do przerobienia lub do podania powodów, dla których tymże zadość nie uczyniono.

Jeżeli zdający rachunek wzbrania się rachunek przerobić według wymagań Starostwa, a powody przez niego przytoczone nie zasługują na uwzględnienie, natenczas poruczy p. Starosta c. k. lekarzowi powiatowemu przerobienie rachunku według obowiązującéj normy, lub też potwierdzi prawdziwość podanych przez zdawcę rachunku powodów.

32. C. k. lekarz powiatowy:

1) potwierdza na rachunku, czy liczba szczepionych, rewidowanych i t. d., podana w rachunku zgadza się z liczbą wymienioną w wykazach; w wypadku przeciwnym poprawia w odpowiednich miejscach rachunku cyfry według wykazów lub zwraca zdającemu rachunek do przerobienia;

2) daléj potwierdza, czy zdający rachunek jest lekarzem miejskim w jednéj z miejscowości do szczepienia mu poruczonych;

3) potwierdza wreszcie, czy szczepiący nie zarachował więcéj powrotów do miejsc zamieszkania nad najwyższą ilość dozwoloną.

33. C. k. urzędnik techniczny lub p. Starosta sprawdza zarachowaną odległość w pojedynczych pozycyjach.

34. C. k. Starosta potwierdza na rachunku tę okoliczność, iż zdający rachunek odbywał podróże w porządku odpowiadającym wzajemnemu położeniu topograficznemu miejscowości do okręgu wcielonych i czy tenże pobrał zaliczkę względnie w jakiéj wysokości.

(Wzór rachunku załącza się).

35. Z przedłożonych wykazów, które mają być przez szczepiących lekarzy sporządzone według przepisanych wzorów, c. k. lekarz powiatowy sporządza wykaz główny szczepienia.

36. Wykazy szczepienia ze wszystkich okręgów należy wraz z głównym wykazem szczepienia ospy c. k. Namiestnictwu przedkładać, wyłączywszy z takowych dla użytku przy szczepieniu w przyszłym roku:

a) wykazy Nr. 4 pozostałych nieszczepionych;

b) wykazy urzędów parafijalnych dzieci szczepić się mających.

Brulion wykazu Nr. 3 zawierającego sumaryczne wykazy wszystkich okręgów szczepienia, powinien się znajdować w c. k. Starostwie dla użytku przy sprawozdaniach rocznych.

Główny operat szczepienia ma być najdaléj z końcem listopada c. k. Namiestnictwu przedkładany.

Przy przedłożeniu tego operatu c. k. lekarz powiatowy umieści uwagi co do źródła pochodzenia krowianki, jakości téjże, % przyjęcia się, jakoteż i inne uwagi, któreby się nasunęły ze względu na przeprowadzone w powiecie szczepienie.

IX. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków**, dnia 7-go sierpnia. Dziesiąty międzynarodowy zjazd lekarski otwarł w Berlinie dnia 4-go b. m. prof. Virchow odpowiedniem przemówieniem, sekretarz stanu Boetticher i minister oświaty Gossler jak niemniéj burmistrz Berlina Forckenbeck witali zebranych imieniem rządów związkowych, pruskiego ministerstwa oświaty i miasta Berlina. W zjeździe bierze udział około 5000 lekarzy wśród tych 500 z Ameryki. Z lekarzy austryjackich wybrano prof. Billrotha prezesem honorowym.

W sprawie palenia zwłok uchwalił wiec międzynarodowy rezolucyję z wyrażeniem nadziei, iż rządy nieprzychylne dotąd téj reformie sanitarnéj przekonają się o szkodliwości dotychczasowego chowania zwłok. Uchwalono nadto wysłać telegram do prezydenta ministerstwa włoskiego z podziękowaniem za zajęcie przychylnego stanowiska wobec téj reformy.

* Tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Bremie od 15—20.

* W Bordeaux otwartą została szkoła lekarska dla marynarki wojennéj. Dyrektorem jéj mianowany Dr. Brassac.

* W Ciplicach czeskich do dnia 2 sierpnia było gości 5315. W Cieplicach trenczyńskich do 31 lipca 3110 gości. W Krynicy do dnia 28 lipca osób 3290.

* Cholera sroży się w Indyjach; sprawdzono też kilkanaście przypadków śmierci śród pielgrzymów przybyłych z Indyj do Mekki. Wreszcie w prowincyi Walencyi w Hiszpanii zwiększa się liczba przypadków choroby.

* Od dra Chłapowskiego w Kissingen otrzymaliśmy kwotę 3 złr. a. w. na rzecz wdowy i sierót po ś. p. drze Maks. Biełerze.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Prof. Ziemssen wybrany został rektorem na rok przyszły. — **Würzburg.** Dr. du Mesnel de Rochemont habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj. — **Heidelberg.** Docent prywatny Dr. Schröder z Strasburga powołany został jako zwyczajny profesor farmakologii. — **Praga.** Dr. Eugieni Steinach habilitował się jako docent fizyjologii w Uniw. niemieckim. — **Genewa.** Dr. Kummer habilitował się jako docent chirurgii. — **Bazylea.** Habilitowali się Drowie Schwenott (laryngolog), Mellinger (okulista) i Dubler (anat. patol.).

* **Nekrologija.** Dr. Henryk Kułakowski, b. profesor akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, zmarł w Warszawie w zeszłym tygodniu. Był on jednym z towarzyszy lat młodzieńczych Adama Mickiewicza w Wilnie, o czem wieszcz wspomina w swych „Dziadach". Urodzony r. 1808, w powiecie słupskim, gub. mińskiéj, szkoły odbył w Mińsku, a w r. 1825 wstąpił do uniwersytetu wileńskiego i ukończył aż do r. 1828 wydział matematyczny. Karyjerę państwową rychło porzucił i wkrótce po otwarciu akademii medyko-chirurgicznéj wstąpił do niéj. W tym czasie oddawał się także z zamiłowaniem studyjom filologicznym pod kierownictwem sławnego Jędrzeja Śniadeckiego. W r. 1837 ukończył akademiję ze stopniem lekarza II. klasy, a w r. 1842 został doktorem medycyny i w tymże roku powołany został na profesora adjunkta do akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu. Od r. 1852—1867 był profesorem zwyczajnym farmakologii w tymże uniwersytecie. Po r. 1867 był przez 13 lat naczelnym lekarzem w Tow. głównem dróg żelaznych i wzorowo zorganizował służbę zdrowia na powierzonych swéj pieczy linijach. Dopiero w roku 1886 przeniósł się na spoczynek do Mińska. Liczne jego prace drukowane były w pierwszorzędnych pismach fachowych europejskich. — W Nancy zmarł prof. Demange.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 8: Chłapowskiego: Przyczynek do powstawania objawów choroby Basedowa; Noenchena: Typowe skrzywienie stosu pacierzowego; Skórkowskiego: Mikrobizm wobec psychijatryi; Strojnowskiego: Kilka słów o leczeniu zapalenia opłucnej przetworami kw. salicylowego. — W *Gazecie Lek.* Nr. 31: S. Klejna: Przypadek białaczki rzekoméj z gorączką powrotną i jednoczesną marskością wątroby. Przyczynek do patologii białaczki (dok.); M. Zweigbauma: O stosowaniu elektryczności w ginekologii (dok.); Wł. Matlakowskiego: Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy brzusznéj w chorobach narządów rodnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (szereg czwarty, c. d.). — W *Medycynie* Nr. 31: St. Radziszewskiego: Notatki z kazuistyki położniczéj wiejskiéj. — W *Przewodniku Gimnastycznym* Nr. 8: Mickiewicz na Wawelu. — Park dra Jordana w Krakowie. — Ćwiczenia na koniu wzdłuż bez łęków. — O gruźlicy we Lwowie, jéj przyczynach i o środkach ochronnych (dok.) — W grodzie Rewery. — Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich. — Piśmiennictwo. — Kronika.

Redakcyja otrzymała:

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Przyczynek do zależności chorób ocznych od zmian chorob. w przewodzie pokarmowym (odbitka z *Nowin Lek.* 1890) str. 10. — Dr. BOUCHERON: Nerfs de l'hémisphère antérieur de Yoeit (odbitka z *Comptes rendues de la Société de Biologie* Paris 1890), in 8-vo, str. 8. — Dr. KARLIŃSKI: Przyczynek do zachowania się prątków cholery w kale (odbitka z *Nowin. Lek.* Nr. 7, 1890 r.).

W zastępstwie Redaktora odpowiedzialnego: Dr. I. Schaitter.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.